Le Progrès Médical

1890

PREMIER SEMESTRE

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XI (2e série). — 1890

Illustré de 86 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CAPUS (G.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PILLIET (A.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (E.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TARNIER, TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Adler, Bazy, Blocq, Chantemesse, Casper, Cathelineau, Dagonet, Dareste, Delagéniére (H.), Edwards (Bl.), Eperon, Gauthier (Ch.), Grasset, Guinon (G.), Guinon, (L.), Guyon, Isch-Wall, Jaquet, Journiac, Lamotte, Landolt, Legrand, Louis, Manquat, Martha, Martin (A. J.), Morax, Narich, Ollivier (A.), Onimus, Picard, Plicque, Pujol, P. Raymond, Regnier (L.-R.), Roubinovitch, Sémelaigne, Sérieux, Sorel.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

18e ANNÉE 2e SÉRIE. T. XI. N° 1. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 JANVIER 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Des Uréthrites chroniques blennorrhagiques ;

par le Dr P. BAZY, chirurgien des hôpitaux.

Voilà assurément un titre bien banal, et une maladie bien banale ; mais, pour si banale qu'elle soit, elle n'en est pas moins importante, préoccupante, suggestive, dirait-on volontiers aujourd'hui. Il semble que sur cette question tout ait été dit, que les moindres secrets, ou plutôt que les moindres particularités, en soient connues. Elle a donné lieu à tant de travaux sortis de l'école de mon vénéré maître, le professeur Guyon, qu'il semble qu'on l'ait épuisée. Elle serait, en effet, sinon épuisée, du moins en grande partie résolue, si l'on voulait toujours tenir un compte absolu, exact de l'opinion du maître, et si l'on voulait bien accorder à la symptomatologie toute la valeur qu'elle mérite, si on voulait attacher une importance suffisante à certains points, à certains détails qui paraissent oiseux et qui, néanmoins, vont fournir la clef de la guérison, et, avant la guérison, expliquer la persistance du mal.

Nous prendrons pour point de départ le signe physique *écoulement* ; et, en fait, c'est celui pour lequel viennent consulter les malades ; c'est celui qui, avec raison, les frappe le plus, c'est quelquefois le seul qui doive les occuper. Nous ferons comme les malades et, prenant ce signe physique, nous en rechercherons la signification ; groupant autour de lui tous les autres symptômes présents, rappelant les *commémoratifs*, cherchant dans *antécédents*, (j'insiste sur ces mots : *antécédents* et *commémoratifs*), faisant l'examen physique du canal et des organes urinaires, nous arriverons au diagnostic vrai.

En fait, et sans qu'il soit besoin de se perdre dans des détails, de discuter, puisque les faits parlent et que eux seuls doivent avoir le dernier mot, un écoulement de l'urèthre est symptômatique d'une uréthrite soit *antérieure*, soit *postérieure* ou *profonde*, ou d'un *rétrécissement*. J'ai dit *postérieure* ou *profonde* et j'espère le démontrer, et c'est même sur ce point, pour le dire immédiatement, que je veux insister. On m'a paru, dans un assez grand nombre de cas qui ont été soumis à mon observation, trop négliger ce point, du moins, en pratique, sinon en théorie.

J'ai dit qu'écoulement signifiait uréthrite ou rétrécissement ; en parlant ainsi, je laisse de côté les exceptions : abcès ouvert dans l'urèthre, uréthrite tuberculeuse, corps étrangers, etc.

Laissons de côté l'uréthrite aiguë, la blennorrhagie aiguë, pour ne nous occuper que des écoulements faibles, des suintements, de ceux qui ne se montrent guère que sous forme de gouttes rares dans la journée, ou simplement de goutte matutinale. Dans ces conditions, un écoulement est le plus souvent symptômatique de l'uréthrite chronique. Jamin a démontré dans sa thèse, et M. Guyon a signalé dans ses leçons sur les uréthrites blennorrhagiques (*Annales des Maladies des organes Génito-urinaires*, 1883) que, sur 103 malades atteint d'uréthrite chronique qui sont passés dans son service de l'hôpital Necker, une dizaine environ portaient un rétrécissement dû à leurs blennorrhagies antécédentes. Il faut évidemment s'incliner devant ces faits, et j'aurais mauvaise grâce à y contredire. Cependant on me permettra une remarque : c'est qu'un certain nombre d'uréthrites chroniques traitées méthodiquement par les instillations de nitrate d'argent, ont résisté et n'ont cédé qu'à la dilatation poussée un peu loin, au delà du n° 20 et 21, par exemple. Il faut donc admettre un état particulier du canal qui était justiciable de la dilatation, et le plus simple en pareille circonstance est d'admettre un certain degré de stricture, une altération du canal demandant l'assouplissement par les bougies dilatantes. La pratique déjà ancienne des chirurgiens français traitant les vieilles uréthrites par la dilatation et le passage des bougies concorde bien à ce point de vue avec l'opinion d'Otis (de New-York) qui croit, comme on sait, à l'existence de ce qu'il appelle les *rétrécissements larges*, admettant les nos 24 et 25 de la filière Charrière, et qui considère le rétrécissement large comme entretenant les écoulements anciens et rebelles.

Ainsi, tout en considérant que les rétrécissements, dans le sens étendu du mot, déterminent assez rarement des écoulements uréthraux, il faut admettre que certans états du canal, justiciables de la dilatation, peuvent les entretenir.

Cependant il faut reconnaître que la persistance de cet écoulement tient plus souvent à la localisation des lésions et au cantonnement de ces lésions dans des points déterminés : ces points, M. Guyon les a établis depuis longtemps en montrant qu'il répondaient au cul-de-sac du bulbe et à l'urèthre postérieur. Il admet que l'urèthre antérieur est le siège de beaucoup le plus fréquent de l'inflammation, que l'uréthrite antérieure est la cause de beaucoup la plus fréquente de ce petit écoulement, de cette goutte militaire qui tourmentent tant les malades et souvent aussi les chirurgiens appelés à les soigner. Il donne des chiffres à l'appui et cite le relevé d'une statistique faite par Jamin où, sur 103 cas d'uréthrite chronique, on ne trouve que 29 fois l'urèthre postérieur atteint, et encore, sur ces 29 fois, presque toujours, sinon toujours, l'urèthre antérieur malade : cela veut dire un tiers des cas.

Il semble cependant que cette proposition ne réponde pas, dans l'esprit du professeur de Necker, à l'impression qu'il a reçue des nombreux cas qu'il a soignés : car dans ses leçons que je cite, il parle de l'uréthro-cystite si communément observée chez les anciens blennorrhagiques (page 546) et plus loin (page 551), il parle de cette même uréthro-cystite comme étant très fréquente. Evidemment ces deux mots, *si communément* et *très fréquente*, ne répondent pas à la proportion de 1/3 fourni par la statistique.

Je crois néanmoins, et je puis dire, je suis sur, que cette impression dont je parlais tout à l'heure répond à la réalité des faits. L'uréthrite profonde ou postérieure, l'uréthro-cystite se rencontre plus fréquemment qu'il n'a été dit par les auteurs que je viens de citer, dans la goutte militaire et dans les écoulements anciens ; et, sans vouloir faire du mot *Goutte militaire*, du mot

blennorrhée ou du mot *écoulement matutinal*, le synonyme d'uréthrite postérieure, comme quelques auteurs l'ont voulu, je dis qu'il faut faire entrer en ligne de compte cette dernière plus souvent que la statistique de MM. Guyon et Jamin ne l'indique.

Je m'explique du reste facilement cette divergence entre ces auteurs et moi, en réfléchissant qu'ils ne tiennent nullement compte des petits filaments, de l'état légèrement laiteux de l'urine tout à fait au début de la miction, filaments et aspect laiteux qui sont, ainsi qu'ils l'indiquent du reste, des signes de l'uréthrite profonde. M. Guyon ne dit-il pas (page 598) : « Il sera de votre devoir de faire savoir aux malades que la poursuite indéfinie d'une blennhorée n'est vraiment nécessaire ni pour eux, ni pour la sécurité des personnes avec lesquelles ils ont des relations sexuelles. » Ceux qui ont eu l'honneur de suivre son enseignement ne l'ont-ils pas plus d'une fois entendu raconter, de la façon humoristique que l'on connaît, la visite d'hypochondriaques ou soit-disant tels, venant apporter un flacon d'urine où nageaient des filaments plus ou moins longs qu'ils comparent à des vers, à des serpents, et où les uns voient des parasites, d'autres des spermatozoïdes, etc. ?

A mon humble avis, j'estime qu'il ne faut pas trop négliger ces petites manifestations. On pourrait le regretter plus tard ; non pas qu'il soit facile de les faire disparaître, mais il faut tout au moins employer tous ses soins à le faire, et dans l'immense majorité des cas, on y parviendra.

Voici les raisons et les faits sur lesquels je me fonde pour soutenir cette opinion. Un certain nombre de malades atteints d'uréthrite chronique ou de goutte militaire plus ou moins invétérée sont guéris, débarrassés de cette goutte, de cet écoulement, par des moyens très rationnels, très judicieux, très bien appliqués ; ils se considèrent comme définitivement guéris. Un beau matin, après un bon dîner de la veille, la goutte reparaît ; désespoir. Ils courent chez le chirurgien : nouveau traitement ; de nouveau disparition des accidents. Quelquefois même cette goutte disparait devant une hygiène rigoureuse. Mais après une nouvelle infraction, nouvelle apparition; ils vont alors consulter un autre chirurgien qui les traite de la même manière ou d'une autre façon; le mal disparaît pour reparaitre de nouveau jusqu'à ce qu'ils aillent chez un dernier qui leur fait observer que tant que les urines contiendront, dans le premier jet, ces filaments surtout en quantité un peu notable, ils ne doivent pas se considérer comme guéris. Alors ces malades, tout au moins ceux qui ont l'habitude ou à qui on a donné l'habitude d'uriner dans deux ou trois verres, et de mettre leur urine dans un verre pour l'examiner, vous répondent qu'ils ont toujours vu ces filaments dans leur urine, quelquefois même les premières gouttes sont un peu troubles, sans qu'ils pussent faire apparaitre au méat la moindre humidité louche en pressant le canal.

Ces faits, je les ai observés maintes et maintes fois, j'ai donc pu me convaincre que de simples filaments dans l'urine, surtout quand ils sont un peu longs, même sans etre bien abondants, constituent un danger ; ils indiquent l'existence d'une uréthrite profonde larvée qui peut se réveiller, donner lieu, soit directement, soit en inoculant l'urèthre antérieur, à une goutte, à un écoulement. Cette simple goutte, ces quelques gouttes peuvent même à la suite d'un coït non suspect, devenir écoulement, et faire croire à une nouvelle blennorrhagie qui ne sera en réalité qu'un réchauffement d'une vieille blennorrhagie et qui prouvera son origine en disparaissant assez rapidement, du moins en s'atténuant très vite.

Il faut donc reconnaître l'uréthrite postérieure, puisqu'il faut la traiter. Je ne viendrai pas insister ici, plus qu'il ne faut, sur les moyens indiqués pour cela. Assurément, celui qui peut paraître le plus sûr est celui qui consiste à nettoyer l'urèthre antérieur, soit avec une bougie à boule plusieurs fois introduite dans l'urèthre, ou au moyen d'une injection poussée à canal ouvert et plusieurs fois répétée. De cette manière, on a nettoyé complètement l'urèthre antérieur. On fait alors uriner le malade dans trois verres, et on examine les urines de ces trois verres : s'il n'existe du trouble ou des filaments que dans le premier verre, c'est qu'il n'y a que de l'uréthrite postérieure ; si le premier et le dernier sont troubles, il y a cystite du col en même temps qu'uréthrite postérieure. Les trois verres peuvent être troubles et alors, le corps de la vessie ou l'appareil urinaire supérieur sont pris. Ajoutons que cela n'est vrai que pour les faibles écoulements, les suintements. ceux des uréthrites chroniques; ceux où il n'y a que quelques gouttes dans la journée ; ceux en un mot dont nous nous occupons ; car dans les blennorrhagies aiguës les trois verres peuvent être troublés, à des degrés différents, il est vrai, et d'une manière décroissante, par l'irritation du canal.

On peut encore, après le nettoyage de l'urèthre antérieur par l'un ou les deux moyens précédents, introduire une bougie à boule dans l'urèthre postérieur et on ramènera sur le talon de l'olive une sécrétion blanchâtre, si l'urèthre postérieur est atteint. L'écoulement, quand il est dû uniquement ou presque uniquement à l'urèthre postérieur, se produirait d'après un mode particulier indiqué par M. Guyon ; il serait intermittent au lieu d'être continu : le liquide accumulé dans l'urèthre postérieur serait projeté dans l'urèthre antérieur de temps en temps sous forme d'une petite éjaculation perçue ou non par le malade ; dans tous les cas, celui-ci se sentirait de temps en temps mouillé. *(A suivre).*

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — **M. SEVESTRE.**

Prophylaxie des maladies contagieuses de l'Enfance (*Fin*) (1).

III. — Vous connaissez, Messieurs, l'arsenal dont nous pouvons disposer dans la lutte contre les maladies contagieuses ; voyons maintenant comment nous devons l'utiliser dans les diverses conditions qui peuvent se présenter. C'est par l'hôpital que nous commencerons, car c'est là que les mesures nécessaires peuvent être appliquées avec le plus de rigueur, et nous aurons ainsi un type, que nous pourrons ensuite modifier suivant les circonstances.

La première règle est de pratiquer l'isolement, mais il ne suffit pas d'isoler les malades, il faut aussi réaliser autant que possible l'isolement du personnel qui soigne ces malades, et en outre l'antisepsie de ce personnel.

Le *personnel médical* ne doit visiter les infectieux qu'après les autres malades ; tous, chefs et élèves, doivent être revêtus, à l'entrée dans le pavillon des contagieux, d'une blouse fermée du haut en bas, qu'il faut changer dans chaque pavillon ; ils auront à leur disposition des liquides antiseptiques, dont je vous ai donné

(1) Voir *Progrès médical*, n° 51, 1889.

plus haut la formule, pour se laver les mains et au besoin le visage ; le sublimé et l'acide phénique sont bons et ont chacun leurs partisans. Je vous signale également le procédé recommandé par M. Danlos et qui peut être utile après une contamination sérieuse et prolongée ; on fait un premier nettoyage au savon, puis un lavage avec une solution de permanganate de potasse à 5/1000 (cette solution peut même être plus forte, jusqu'à 5/100) pendant deux minutes ; après quoi on décolore avec une solution à 1/5 de bisulfite de soude, et enfin on lave à l'eau. On peut employer également les savons antiseptiques, comme celui de M. Reverdin au Sulfophenate de zinc, ou celui de M. Lesour au Cyanure de mercure.

L'isolement et l'antisepsie doivent être plus rigoureux encore en ce qui concerne le *personnel hospitalier*. La surveillante, les infirmiers et infirmières doivent être confinés dans le pavillon d'isolement, et ne le quitter qu'avec une permission spéciale. Dans le service, ils doivent porter un costume spécial, ou au moins une blouse qu'ils quittent en sortant. A ce moment, et même à différentes reprises dans le courant de la journée, ils doivent procéder à un nettoyage antiseptique, lequel est d'autant plus nécessaire qu'ils séjournent constamment avec les malades. Cet isolement complet du personnel hospitalier est, certainement, Messieurs, un des points les plus difficiles à obtenir dans l'organisation actuelle, avec les habitudes prises de longue date dans les hôpitaux, et le seul moyen sûr d'obtenir cet isolement du personnel serait de construire un mur de séparation, comme le comprend le projet de l'hôpital Trousseau dont je vous ai déjà parlé.

Les *visiteurs* sont une cause certaine de diffusion du contage qu'on pourrait éviter en les faisant revêtir de blouses et laver à la sortie ; je sais que le professeur Grancher a pris à cet égard de sévères mesures dans son service.

Pour faire l'*antisepsie du malade,* Messieurs, il faut commencer par le baigner, même s'il est fébricitant. Il n'y a aucun inconvénient à cela, si on le fait dans une salle chaude, avec du linge chaud, au voisinage de la salle où on le couche, mais ces conditions ne sont réalisables dans aucun de nos hôpitaux d'enfants ; dans cet hospice, j'ai obtenu qu'on baignât tous les enfants sains à leur arrivée, et c'est là, j'en suis sûr, une des conditions d'abaissement de la morbidité dans cet établissement. Le lavage complet des malades se fait journellement à l'hôpital du prince d'Odenburg, comme en fait foi le rapport de M. Lejars. A défaut de bains, vous pourrez faire des lavages partiels, mais qui, par leur répétition, deviennent généraux ; ils porteront surtout sur les parties découvertes, visage, mains, tête et cheveux ; vous emploierez, dans ce but, le savon noir et le sublimé à 1 1000, et ces pratiques pourront être continuées pendant toute la maladie ; dans la scarlatine, il est très utile d'enduire la totalité des téguments de vaseline boriquée ou naphtolée pour empêcher la diffusion des squames. Les parties plus particulièrement atteintes seront l'objet constant de vos soins, je vous parlerai de l'antisepsie de la bouche et du pharynx dans la scarlatine et la diphtérie ; mais, en général, vous devrez la pratiquer dans le cours des infections aiguës si facilement compliquées de diphthérie.

Quand l'enfant quitte le service, on lui fait prendre un bain savonneux (250 grammes de savon noir par bain) ou tenant en dissolution du sublimé (1 pour 5000)

La sterilisation des *déjections,* des eaux de lavage, peut être faite assez facilement, en les mélangeant avec une solution de sulfate de cuivre à 5/100, de chlorure de zinc à 10/100, d'acide sulfurique à 4/100. Vous savez qu'en pathologie infantile, nous n'avons guère à nous occuper des crachats ; MM. Grancher et de Gennes ont donné un moyen suffisant de stérilisation des crachoirs par l'ébullition dans l'eau additionnée de 2 0/0 de carbonate de soude, ce qui élève à 103° le point d'ébullition. Les déjections nasales étant recueillies sur les linges, elles seront stérilisées avec eux.

Quant aux *ustensiles* de table, l'ébullition pendant quelques minutes est suffisante. Les linges, la literie sont passés à l'étuve, immédiatement après l'usage ; le personnel du pavillon porte le matériel à l'étuve ; un employé l'introduit dans l'appareil, un autre le retire, et la voiture utilisée pour le transport n'est pas la même pour le retour. Comme les lits ne peuvent entrer dans l'étuve, nous nous bornons à les laver avec les solutions antiseptiques ; aussi M. Grancher, pour obtenir une désinfection plus certaine, a-t-il fait construire des lits démontables dont toutes les pièces peuvent être introduites dans l'étuve Geneste et Herscher.

Pour les *instruments,* nous n'avons qu'à emprunter aux chirurgiens leurs méthodes, c'est-à-dire le flambage, la chaleur sèche à 180° dans le stérilisateur de M. Poupinel, l'ébullition dans l'huile, l'immersion dans l'acide phénique en solution forte, enfin le naphtol camphré que conseille M. Périer.

Nous nous efforcerons, Messieurs, de réaliser l'antisepsie de la *salle* pendant la maladie et après son évacuation ; pour cela, il faut supprimer tout ce qui est aspérités, meubles inutiles, rideaux que l'on remplace par des stores placés à l'extérieur. Les murs peints à l'huile ou recouverts d'un enduit imperméable sont faciles à laver ; mais le sol doit être recouvert d'un carrelage en terre cuite à joints parfaits, ce qui permet de le lessiver largement et complètement tous les jours avec une solution antiseptique, le chlorure de zinc par exemple.

Les pulvérisations antiseptiques concourent au même but ; enfin il est aussi très important de pratiquer la ventilation des salles, d'y faire pénétrer l'oxygène et la lumière : ce sont là des moyens de destruction des micro-organismes. M. Vallin rapporte, dans son étude sur les antiseptiques, qu'à l'hôpital de Versailles on désinfecta les salles en y faisant arriver de l'oxygène pur. Usez donc largement de la ventilation, et ne craignez pas d'ouvrir les fenêtres : c'est faire de l'antisepsie, en même temps que de l'hygiène.

Enfin, et surtout, quand la salle a été infectée pendant un certain temps, il faut l'évacuer complètement et la stériliser ; c'est là que s'impose la *nécessité des salles de rechange dans nos hôpitaux*. C'est à ce moment aussi qu'il faut employer le soufre ; la proportion recommandée est de 30 grammes par mètre cube ; on le fait brûler sur une plaque de tole après avoir préalablement obturé toutes les issues ; il est aussi très important de faire précéder la fumigation soufrée d'une vaporisation d'eau ; la désinfection est ainsi beaucoup plus parfaite. Au bout de 24 heures on ouvre et on aère largement. La pulvérisation de sublimé, de même que la fumigation de sublimé sur un réchaud, par la méthode de M. Delbastaille, me parut dangereuse à cause des empoisonnements possibles. Il faut se contenter de l'usage du soufre, puis laver les murs et le sol avec du lait de chaux, ou du chlorure de zinc, ou une solution de sublimé moins dangereux sous cette forme On peut adopter la solution conseillée par Pettenkoffer.

Eau, 10 litres; sublimé 20 à 50 grammes; savon vert 15 grammes.

Guttmann et Merke à l'hôpital de Moabit à Berlin, et Vinay à Lyon ont pratiqué le lavage du sol et des murs en projetant, au moyen d'une pompe, une solution de sublimé; il est indispensable, quand les parois sont sèches, de faire ensuite une irrigation avec une solution de carbonate de soude à 1/100, de façon à rendre insoluble et par suite inoffensif le sel mercuriel.

Une application parfaite de la méthode antiseptique exigerait encore la stérilisation des cadavres. C'est ce qu'on a tenté de faire en Autriche en les entourant d'une toile imbibée de chlorure de chaux ou d'acide phénique à 5 0/0. M. Lucas-Championnière conseille de lotionner les téguments avec une solution de chlorure de zinc et, après les 24 heures écoulées, d'injecter la même solution dans la trachée et le tube digestif.

J'arrive, Messieurs, à la prophylaxie domestique, celle que vous aurez à réaliser journellement dans votre pratique. Là, pas de règle absolue, les procédés que vous voyez employer à l'hôpital, vous devez chercher à les réaliser le plus possible, en vous pliant aux circonstances, en modifiant suivant les dispositions de la maison et les conditions sociales du malade; mais vous aurez toujours en vue l'isolement et l'antisepsie.

Vous pratiquez le premier en éloignant du malade toutes les personnes qui ne lui sont pas immédiatement utiles, en écartant frères et sœurs, autant que possible, en dehors de la maison, et à défaut d'autre asile, dans le point le plus reculé de l'appartement. Encore devez-vous faire une enquête précise et minutieuse sur les moyens de communication dans l'appartement; vous faites condamner et oblitérer les portes inutiles ou dangereuses. Vous ordonnez encore de mettre à part une série d'objets, de vaisselle et de linges qui ne serviront qu'au malade. Il va sans dire que toute visite est interdite. Puis vous choisissez la ou les personnes qui soigneront le malade, et vous leur exposerez en détail la nécessité absolue des précautions minutieuses. Enfin vous réalisez dans la chambre les dispositions qui se rapprochent le plus de la nudité de nos salles d'isolement; c'est-à-dire que vous enlevez tous les meubles et ornements autant que possible avant que le malade n'y soit installé. Vous faites donc le vide autour de lui, et vous avez le champ libre pour pratiquer l'antisepsie par les procédés que je vous ai indiqués.

Comme vous n'aurez généralement pas d'étuve à votre disposition, vous userez largement de l'ébullition et de l'immersion dans les solutions antiseptiques; vous insisterez sur l'aération de la chambre qui est absolument nécessaire. Enfin, n'oubliez pas le nettoyage du malade; faites souvent changer le linge; pour les bains vous rencontrerez souvent une résistance presque insurmontable dans les familles, vous aurez même souvent de la peine à faire accepter les lotions antiseptiques qui les remplaceront, mais insistez quand meme, et, dans un certain nombre de cas, vous arriverez à votre but. Ayez donc des solutions en abondance, et bien colorées pour éviter les erreurs.

Après la maladie, vous emploierez les moyens ordinaires pour le nettoyage complet de la chambre et la stérilisation sans exception des objets qui ont servi de près ou de loin au malade. Il va sans dire que l'importance de ces précautions varie avec la nature de la maladie; je vous indiquerai les modifications à y apporter pour chacune d'elles.

La prophylaxie à l'école offre une importance capitale, car c'est là que se contractent souvent les maladies contagieuses; malheureusement elle est fort difficile à pratiquer. En France, les ordonnances prescrivent seulement d'empêcher la rentrée de l'enfant malade avant 25 ou 40 jours révolus depuis le début de la maladie; cette limite est critiquable, trop longue pour la rougeole non compliquée, souvent trop courte pour la scarlatine. Ce que peut faire le médecin d'écoles, c'est de surveiller avec grand soin les enfants qui ont été en contact avec le malade, et cela à intervalles rapprochés et pendant la durée maxima de l'incubation normale. Cela est facile et sera toujours efficace. En Prusse, on ferme l'école aux frères et sœurs du malade; nous ne pouvons malheureusement en faire autant.

Il y aurait beaucoup à dire sur la prophylaxie à l'école, mais je considère que le terrain hospitalier ou bien domestique appartient plus étroitement au sujet de ces conférences, et je ne voudrais pas allonger outre mesure les considérations que j'ai développées devant vous.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'emploi de la Force Electrique dans les Hôpitaux à Paris.

Le *Progrès médical* a insisté, à bien des reprises déjà, sur la nécessité qui s'imposait désormais de transformer à bref délai le système d'éclairage d'établissements aussi considérables que les hôpitaux et Hospices de Paris. Il a montré qu'on avait, dès maintenant, tout intérêt à remplacer l'ancien mode d'éclairage au gaz par l'emploi de l'électricité, absolument comme on l'a fait pour les théâtres, pour les rues, pour les grands magasins, comme on l'a organisé à l'Exposition. Aujourd'hui que la question de pratique est résolue d'une façon définitive, grâce aux récents progrès de la science et de l'industrie électriques, que cet éclairage employé en grand n'est pas ou est à peine plus coûteux que celui au gaz et qu'il est bien plus sûr; aujourd'hui que Paris va être incessamment pourvu, dans ses principaux quartiers, d'Usines qui fabriqueront des quantités énormes d'Electricité, rien n'est plus simple que d'amener à l'hôpital une source électrique capable de suffire à tous les besoins de l'éclairage, et peut-être à bien d'autres, sinon aussi importants au point de vue de la dépense, du moins très utiles à noter dès maintenant. Ce dernier point plus délicat et à peine connu aujourd'hui, sur lequel nous devrons tout spécialement attirer l'attention de nos lecteurs, est l'*utilisation de l'Energie électrique à l'Hôpital sous ses formes les plus variées*.

Si un hôpital était, en effet, pourvu d'une source électrique importante, il est bien certain qu'il s'en servirait d'abord pour son éclairage (couloirs, chambres particulières, salles de malades, surtout salles d'opérations, etc.); mais cette dernière serait à la rigueur utilisable dans bien d'autres occasions (lignes télégraphiques et téléphoniques entre les divers hôpitaux et les bureaux téléphoniques publics; tractions électriques diverses dans l'intérieur de l'hôpital; emploi de la force motrice d'origine électrique sous une foule de formes; sonneries; appareils téléphoniques reliant les différentes parties de l'établissement, etc., etc.). Ce n'est pourtant point encore là ce qui doit intéresser le

médecin ou le chirurgien. C'est quand on songe à l'emploi désormais si fréquent de l'électricité dans les salles de médecine et de chirurgie que l'on comprend bien la nécessité d'une organisation spéciale, basée précisément sur la possibilité d'avoir à sa disposition, dans une salle quelconque, une source électrique d'intensité quelconque. Il suffit de citer ici certains instruments dont se sert couramment le chirurgien et qui nécessitent l'emploi de l'électricité (galvano-cautères, lampes électriques pour l'éclairage des cavités naturelles, explorateurs pour projectiles, etc., etc.); l'utilité d'une électrisation bien faite dans les services de médecine pour que l'on sente quelle nécessité il y a à réformer — de suite, puisqu'on le peut — toute l'installation électrique des hôpitaux. Serait-il beaucoup plus coûteux à une administration comme l'Assistance publique d'entretenir à ses frais, dans chacun de ses établissements, un employé électricien éprouvé, que d'acquitter les notes que lui adressent, chaque année, les divers ingénieurs spécialisés qui travaillent pour elle...? Il est navrant d'avouer que personne ne le pense. Et quels avantages en retireraient les malades, qui restent des mois entiers à l'hôpital, en attendant que la pile revienne de réparation, ou qu'un élève veuille bien se décider à leur appliquer — la plupart du temps, en dépit du sens commun — le traitement électrique. Supposez, au contraire, que l'électricité arrive à profusion à l'hôpital; qu'il y ait là un électricien de profession, — comme il y a un dentiste, un médecin ou un baigneur ; — supposez que, dans chaque service, l'installation électrique lui soit confiée, à lui ou à l'un de ses aides, sous la direction du service médico-chirurgical, quel changement immédiat !

En tous cas, quand l'on réfléchit qu'il y a des villes de 2,000 habitants éclairées à l'électricité et que des hospices comme la Salpêtrière et Bicêtre, qui abritent plus de 3,000 personnes, en soient encore au réverbère à gaz — peut-être l'huile existe-t-elle encore dans quelque coin ? — on est un peu désillusionné sur les intentions d'une Administration qu'on dit fort amoureuse de toutes les améliorations réalisables. Elle ne nous semble pas, à ce point de vue, montrer toute l'initiative désirable, puisque nous sommes dans l'obligation d'insister les premiers sur les réformes à faire. Pourtant, nous sommes de ceux qui pensent qu'il ne faut pas expérimenter avec le pain des pauvres, qu'il ne faut point tenter essais sur essais avec le budget des malades, comme on le fait trop souvent encore; mais, nous le montrerons sous peu, l'expérience, à l'heure qu'il est, a été faite par d'autres. Qu'on les imite donc, puisqu'on n'a pas su les devancer!

Une seule difficulté se présente, la question budgétaire. Pour les anciens hôpitaux, il faudra certainement attendre que l'on ait des fonds en quantité voulue ou une baisse sur le prix de l'énergie électrique ; quoique, dans une certaine mesure, on puisse, dès maintenant, tourner la difficulté. Mais, pour les hôpitaux à créer (1), il n'en est plus ainsi. Désormais, ces établissements-là devront tous être pourvus d'une source électrique. La preuve, non pas que la chose est faisable — c'est un enfantillage pour un électricien de 1889, — mais qu'il est urgent de réaliser ce desideratum dans les nouvelles constructions dépendant de l'Assistance publique, c'est que les créations hospitalières d'ordre privé, certains établissements de bienfaisance, qui se sont élevés en dehors de l'intervention des pouvoirs publics, ont recours à l'éclairage électrique, et que quelques-uns nous montrent même les diverses façons d'utiliser pratiquement à l'hôpital l'énergie électrique dont ils sont pourvus. Le type des installations de ce genre est le Dispensaire Isaac Péreire, à Levallois-Perret (107, rue Gide). Nous l'avons récemment visité et avons pu en étudier l'organisation, grâce à l'amabilité des fondateurs et de notre excellent maître, M. le Dr Quénu, chirurgien du dispensaire. Créé à une époque où l'électricité ne courait pas encore les rues, et surtout la campagne, avec une aussi grande désinvolture qu'aujourd'hui, situé à une notable distance de l'enceinte de Paris, cet établissement a dû, pour ces diverses raisons, se pourvoir lui-même d'une source électrique particulière; ce qui est une condition très défectueuse, qu'à Paris même on ne pourrait actuellement tolérer, au point de vue de la dépense. Fondé à un moment où les *courants continus* étaient seuls utilisables, il ne possède pas de machines pouvant être actionnées par les *courants alternatifs*, que fournissent aujourd'hui les usines électriques. Malgré cela, l'organisation de ce dispensaire est suffisamment complète pour qu'elle mérite d'être connue, d'être dévoilée même au public médical qui en ignore totalement l'existence.

C'est pour cela que nous nous proposons, prenant pour modèle l'installation électrique (à l'aide des courants continus et des accumulateurs) qui fonctionne si bien dans ce petit dispensaire suburbain, d'ailleurs admirablement organisé par M. Péreire, de montrer, dans une série d'articles, qu'une disposition analogue pourrait être mise à l'épreuve dans un hôpital modèle, qui reste encore à construire à Paris ou dans les environs. Nous pensons que ce chapitre sur l'*Electricité à l'Hôpital* aura au moins le mérite de la nouveauté et de l'actualité.

Mais, — tout le monde le sait, — ce qui pendant longtemps a nui beaucoup à l'extension de l'emploi industriel de l'électricité à Paris, et partant dans les établissements d'utilité publique comme les hôpitaux, ce sont les difficultés qu'on a éprouvées dans la production en grand de l'énergie électrique et dans sa distribution aux consommateurs.

Or, avant ces dernières années, dans cette ville de Paris, qui passe pourtant pour la capitale du monde intellectuel, il n'y avait pas une seule usine capable de fournir et de distribuer une quantité notable d'électricité. Il aurait donc été, hier encore, impossible de songer à l'emploi pratique de l'électricité à l'hôpital !

Aujourd'hui, heureusement, il n'en est plus de même. Paris possède des stations capables d'alimenter les appareils les plus perfectionnés ; on sait à Paris — surtout depuis l'éclatante démonstration de l'Exposition

(1) Par exemple, l'*Hopital Boucicaut*, qui doit être prochainement élevé sur la rive gauche. Une *Usine centrale d'Electricité* sur la rive gauche pourrait alimenter ce nouvel hopital et ceux de la Charité, des Enfants-Malades, et même Necker et Laënnec. sans compter bien d'autres grands établissements voisins, dépendant d'administrations différentes.

— étendre aux usages les plus divers l'énergie électrique (opérations électro-métallurgiques, tractions diverses, treuils, etc.), transporter la force motrice à domicile, mesurer celle qui est fournie aux industriels, quelle que soit la forme sous laquelle ils l'emploient. Il est donc possible d'amener à la porte de l'hôpital toute l'énergie électrique qu'un semblable établissement est susceptible d'employer. Mais l'Électricité qu'on aura ainsi pourra-t-elle être utilisée par tous besoins? Aujourd'hui, répondre d'une façon absolument affirmative serait un peu prétentieux; mais nous demeurons convaincu que demain cette question, à l'étude et déjà à moitié résolue, sera complètement élucidée.

C'est pour cela qu'il nous semble utile d'indiquer tout d'abord aux médecins, — en des termes aussi peu techniques que possible et en se bornant aux notions indispensables, — comment sont organisées ces *Stations centrales*, les seules sources électriques véritablement pratiques; comment l'électricité est *transportable* et « *distribuable* » (*Transformateurs*) à l'hôpital; comment, à l'aide d'instruments récemment inventés, on peut, à chaque instant, *mesurer l'énergie* (*Compteurs électriques*) distribuée, instruments sans lesquels toutes les notions théoriquement acquises n'auraient jamais pu entrer dans le domaine de la véritable industrie.

Nous terminerons ces études sur l'électricité à l'hôpital, en appelant l'attention de nos lecteurs sur un sujet, connexe, qui les touche encore de plus près : *les Dangers de l'Electricité à haute tension*, nouveau chapitre, déjà ébauché par notre ami M. Defontaine (du Creusot) et notre maître M. Terrier, à ajouter dans la pathologie, par suite de la naissance et du développement rapide de l'industrie électrique ; chapitre qui ne pourra que s'accroître dans l'avenir, et cela malgré les dispositions que l'on ne peut manquer de prendre sous peu pour empêcher de se reproduire les accidents enregistrés jusqu'à aujourd'hui. Nous profiterons de l'occasion pour revenir sur la question de la *Fulguration et de ses accidents*, si mal connue à l'heure actuelle, question à rapprocher de celle que notre collaborateur et ami P. Loye traitait dans ce journal, il y a quelques semaines, l'*application de la peine de mort par l'Electricité.*

Marcel BAUDOUIN.

ERREURS DES PHARMACIENS. — Un tribunal correctionnel condamnait dernièrement un pharmacien et son élève pour avoir, par imprudence, causé la mort d'un jeune homme. Deux journaux, le *Nouvelliste* et le *Bordeaux*, s'occupant de cette affaire, avaient attribué l'erreur au Dr B..... signataire de l'ordonnance exécutée par le pharmacien. Celui-ci, se jugeant diffamé, a poursuivi les deux journaux en 5,000 francs de dommages-intérets. Le tribunal l'a débouté de sa demande et condamné aux dépens. L'appel du pharmacien et de son élève viendra devant la cour le 9 janvier.

MÉDECINS ET JUSTICE. — Deux médecins de Marcillac qui avaient été condamnés à six francs d'amende par le juge de paix de leur canton pour refus de faire l'autopsie d'un cadavre trouvé sur la voie publique, relevaient aujourd'hui appel de ce jugement devant le tribunal correctionnel de Rodez. Le tribunal, ne reconnaissant pas le flagrant délit, a infirmé la sentence et acquitté les prévenus.

CRÉMATION. — *Les incinérés dans les cimetières.* — Le Conseil municipal de Paris, dans une récente séance, a invité l'Administration à réserver dans les cimetières de l'Est et du Sud de Paris des emplacements destinés à des monuments collectifs pour les cendres provenant des crémations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 décembre 1889. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. FERRÉ continue ses recherches sur l'*étude séméiologique et pathologique de la rage.* L'état paralytique dans la rage du lapin inoculé par trépanation, s'établit d'une manière progressive, débutant ordinairement dans le train postérieur et gagnant successivement les autres parties du corps, jusqu'à ce que l'animal reste complètement couché, les membres inertes. Dans cet état, l'appareil nerveux de transmission cortical, médullaire et périphérique paraît être intact ; ce qui rapproche une fois de plus la rage paralytique de la rage excitante. L'abaissement de température n'est pas la cause déterminante de cette parésie ; car, d'une part, l'intégrité de transmission est conservée chez des animaux dont la température est très basse et, d'autre part, cet état de parésie n'est pas sensiblement modifié si l'on vient à relever la température jusqu'à la normale.

MM. WOODHEAD ET CARTWRIGHT WOOD signalent l'*action antidotique exercée par les liquides pyocyaniques sur le cours de la maladie charbonneuse.* Les lapins qui succombent en trois jours à l'inoculation du virus charbonneux ne meurent pas s'ils reçoivent préalablement une culture stérilisée du bacille pyocyanique. Les produits solubles fabriqués par ce dernier sont donc capables de protéger l'organisme contre le charbon. — Cette action protectrice n'a probablement qu'une durée temporaire, comme l'ont montré, d'une façon générale, Paulowsky, Bouchard, à propos de l'immunité conférée par les produits solubles à l'égard du bacille même dont ils proviennent. L'observation apprend, du reste, que certaines maladies (malaria, fièvre à rechutes, érysipèle) ne confèrent aucune immunité contre une deuxième attaque : on peut lutter contre elles en employant d'autres moyens que les produits microbiens, la quinine, par exemple, contre la fièvre intermittente. — L'action de ces substances ne semble pas directement parasiticide : elle paraît plutôt s'effectuer en s'opposant à l'action du poison sur les tissus ou en stimulant certains tissus et en accroissant leur activité fonctionnelle.

M. CONTEJEAN étudie la *circulation sanguine des Mammifères au moment de la naissance.* Il montre que la circulation fœtale se transforme instantanément en circulation définitive au moment de la naissance (méthode de la recherche du ferro-prussiate de potasse injecté dans le sang, méthode des coupes en série pour étudier l'oblitération du canal artériel). — M. Contejean a remarqué, en outre, que l'excitation du bout périphérique du nerf vague arrête le cœur chez le chat nouveau-né et que l'excitation du bout central arrête la respiration. Ces excitations sont sans effet chez le chat une semaine avant la naissance.

Paul LOYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 décembre 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. BROUARDEL lit le rapport de la Commission nommée par le Ministre de l'Instruction publique, pour examiner les réformes nécessaires pour enrayer le *Surmenage scolaire.* Suivant le vœu de l'Académie le maximum des heures de travail sédentaire a été réduit de quatre heures pour les élèves de 7 à 10 ans, et de deux heures pour ceux de 11 à 17 ans. La veillée a été supprimée. Le Conseil supérieur a émis le vœu que les programmes fussent élaborés par une Commission mixte composée des représentants des ministères de l'Instruction publique et des ministères auxquels ressortissent les écoles en question. La durée de la récréation sera de six heures et demie pour les classes primaires et élémentaires; de 5 heures 1/2 pour les classes de 3e, 2e et de grammaire : de 4 h. 1/2 pour la rhé-

torique, la philosophie et les mathématiques. Il y aura un enseignement gymnastique avec exercices quotidiens de 30 à 45 minutes de durée. Le sommeil sera de 10 heures au minimum au-dessous de 15 ans, et de 9 heures au-dessus de quinze ans.

M. Germain Sée vient combattre un certain nombre des conclusions de la Commission pour la *prophylaxie de la tuberculose*. Ce qu'il critique surtout c'est la contagion par l'air atmosphérique. L'air expiré par les phtisiques est ordinairement sans danger. Des recherches faites par M. Cornet, il résulte que les poussières des chambres des phtisiques ne sont susceptibles de propager la tuberculose que lorsque les salles sont mal tenues et que les crachats se dessèchent sur le parquet et se mêlent ensuite aux poussières de la salle. M. Miquel a fait des expériences analogues et est arrivé aux mêmes résultats. Les crachats seuls sont donc dangereux. Bollinger, de Munich, a trouvé que ces crachats sont encore virulents à la 100.000e dilution, même s'ils ne contiennent plus de bacilles. Il suffira donc de cracher dans un crachoir contenant de l'eau et non des matières pulvérulentes. Cette mesure de propreté, pouvant être recommandée à tous les malades, il est inutile de prévenir un malade qu'il est tuberculeux, pour lui faire prendre ces précautions. Il approuve la désinfection des meubles et de la chambre des tuberculeux.

Pour le lait, M. Trasbot a montré que les vaches tuberculeuses sont très rares à Paris, et, d'autre part, Bollinger, de Munich, a montré que le lait d'une vache tuberculeuse mélangé à celui de 39 autres non tuberculeuses cesse d'être virulent. Il conteste que pour les malades le lait bouilli puisse être substitué au lait cru, non plus que pour les enfants. Aujourd'hui la commission ne s'occupe plus de la viande, car, en effet, elle ne présente aucun danger. — En somme, la cause principale de la tuberculose, c'est l'hérédité, la prédisposition. Or, nous ne savons ni en quoi consiste cette prédisposition, ni à quoi on la reconnait. On ne peut donc rien prescrire contre elle. Il conclut que : 1° la contagion atmosphérique de la tuberculose n'existe pas ; 2° que la transmission, en dehors du mariage, se fait par les crachats seuls et que ce sont eux contre lesquels il faut prendre des précautions ; 3° l'alimentation par le lait ne présente presque aucun danger ; 4° les prédispositions étant inconnues dans leur nature et dans leurs signes, on ne peut ni les prévenir, ni les combattre.

M. Hérard approuve au contraire l'instruction de la commission. Si la contagiosité est moindre que dans certaines autres affections, elle n'en existe pas moins d'une façon certaine, quoique moins frappante à cause de sa longue durée. L'air confiné a en particulier une grande importance, témoin la petite épidémie rapportée par M. Cornil d'après M. Marfan. Les faits de ce genre abondent, du reste, et ont été rassemblés dans la thèse de M. Musgrave-Clay. La tuberculose reconnait deux causes, l'hérédité et la contagion. Spontanée, elle n'existe pas. Pour la contagion, qui prend de plus en plus le pas sur l'hérédité, trois modes ont été étudiés : la viande, le lait, les crachats. Les deux premiers sont peu ou pas dangereux. Seuls les crachats sont redoutables.

Il y a contradiction dans les assertions de M. Sée qui repousse la contagion atmosphérique tout en admettant la contagiosité par les crachats répandus dans l'air. Les faits qu'il cite le prouvent même, car M. Cornet a trouvé 15 fois sur 22 des bacilles dans l'air des chambres de phtisiques, et a pu déterminer la tuberculose en les inoculant. Il ne pense pas qu'il y ait danger, comme le croient MM. Hardy et Leroy de Méricourt, à faire connaitre et l'agent dangereux, les crachats, et les moyens de le combattre. L'Académie ne doit donc pas hésiter à approuver les conclusions de la Commission et fera œuvre utile en en donnant connaissance au public.

Paul Sollier.

Société médico-psychologique. — Ordre du jour : 1° Élections pour le Bureau de 1890. — 2° De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : M. Legrain ; — 3° Communications diverses.

REVUE DE MÉDECINE

I. — La Grippe infectieuse à Oyonnax (Ain) : par le Dr Ch. Fiessinger. Paris, O. Doin, édit., 1889.

II. — De la spleno-pneumonie ; par le Dr Filippi. Ext. de la *Riforma medica*, août 1889.

III. — Lectures on Bright's disease (*Leçons sur le Mal de Bright*) ; par Robert Saundby, de Birmingham, — Bristol, 1889.

IV.—Les Déséquilibrés du ventre (Entéroptosiques et Dilatés) ; par le Dr E. Trastour, de Nantes.—Paris, Coccoz, éditeur.

I. — Cette épidémie est apparue d'abord dans cette ville en février 1887, et a sévi sur les enfants. En janvier 1888, on ne trouve que des cas isolés, mais la maladie reprend avec une nouvelle violence au mois de février de 1888, pour décliner à partir du mois d'avril. Néanmoins on trouve quelques cas jusqu'au mois d'août. A la fin de novembre, la grippe réapparait subitement, plus grave qu'auparavant. C'est cette dernière phase de l'épidémie qui fut le sujet de M. Fiessinger. Cette épidémie a atteint son maximum au mois de décembre et a décliné en janvier et février 1889 pour reprendre en mars et avril de la même année. Ce mémoire repose sur 83 observations ; les cas de morts ont été assez fréquents. Les complications les plus graves ont été la broncho-pneumonie et les lésions rénales. L'auteur n'a jamais observé aucune éruption, ressemblant à celles de la Dengue ; de plus, il n'a jamais pu trouver de cas de contagiosité probants. Ce travail est accompagné d'une carte de la ville d'Oyonnax, où est pointée la situation des cas de grippe et de pneumonie sévissant durant le laps de temps indiqué plus haut dans les divers quartiers de cette ville. Ce mémoire reste une œuvre à consulter au point de vue des formes de dissémination de la grippe et des différentes complications de cette maladie. Il comprend deux parties : la première partie traite de la contagiosité et de la marche de l'épidémie de novembre 1888 à mai 1889. La seconde partie a trait à l'étude clinique. L'origine de l'épidémie serait dûe, d'après l'auteur, non pas à un contage, mais à la récupération de virulence de germes provenant d'infections antérieures, sous l'influence probable de conditions climatériques favorables. Puis l'affection se cantonne irrégulièrement, en se développant par petits foyers contagieux autour des premiers malades atteints dans ce pays. Les formes qu'affecta la grippe peuvent se rattacher à trois espèces distinctes : 1° la grippe ordinaire ; 2° la grippe abortive ; 3° la grippe prolongée. La partie clinique de ce travail est particulièrement soignée et appuyée sur un grand nombre d'observations, toutes personnelles, auxquelles sont annexés des tableaux de température. Ce travail constitue, en somme, un exposé documentaire de réelle valeur.

II. — Se basant sur 3 observations, l'auteur conclut que la Spléno-pneumonie, telle qu'elle a été décrite par Grancher, est toujours accompagnée de pleurésie, ou, tout au moins, d'épanchement pleural. Pour lui, l'expectoration gommeuse n'est pas pathognomonique de cette maladie.

III.—L'auteur étudie, avec beaucoup de méthode et de clarté, les phénomènes essentiels du Mal de Bright. Dans une première section, intitulée Pathologie générale, il traite de l'albuminurie, de l'hydropisie, des cylindres rénaux, des troubles cardio-vasculaires, de la polyurie, de l'urémie, des lésions rétiniennes, et il cherche à fixer la pathogénie de chacun de ces syndrômes. A la fin de chaque article il résume, en quelques propositions, les faits acquis ou probables. La seconde section traite de l'urine dans l'état de santé et dans l'état de maladie, sans oublier les données bactériologiques les plus récentes. Dans la troisième section, enfin, M. Saundby aborde la description de la maladie de Bright, dans laquelle il fait entrer trois grandes variétés de néphrites : néphrite fébrile, néphrite calculeuse, néphrite obstructive. Il passe successivement en revue l'étiologie, l'anatomie, les formes cliniques, les complications, le traitement. A la fin de chaque chapitre se trouve un index bibliographique généralement très bien fait et qui dénote chez l'auteur une grande érudition. En somme, cet ouvrage, qui ne renferme pas 300 pages de texte et qui est illustré de nombreuses figures, se fait remarquer par la con-

cision, la clarté et le sens pratique. C'est l'œuvre d'un clinicien et d'un esprit droit.

IV.—Il y a 2 genres de déséquilibrés du ventre,chez lesquels, quoique la lésion soit toute différente, les symptômes ont une analogie extrême : les Entéroptosiques et les Dilatés. Les mêmes troubles d'équilibre intra-abdominal sont l'apanage des deux affections, et le même traitement convient aux deux. Toutefois, à l'examen du malade, on perçoit deux signes faisant disparaître la confusion. L'entéroptosique présente des phénomènes de neurasthénie accompagnés de spasme, de rétraction, de sténose intestinale se manifestant par une flaccidité du ventre qui est dépressible ; ce malade marche courbé en avant. Le dilaté, par contre, se renverse en arrière, est *ventripotent* ; son abdomen est tendu, tombant. Dans les deux cas, les nerfs, les vaisseaux de l'abdomen sont tiraillés par les intestins déplacés, l'estomac est distendu, et les autres organes intra-abdominaux souffrent du trouble de la statique intestinale. L'S iliaque est encombrée par les matières fécales ; les sécrétions et les excrétions du tube digestif et des organes annexes sont entravées, la digestion se fait mal et la résorption, l'assimilation s'en ressentent, d'où la possibilité des auto-intoxications. M. le Pr Trastour rejette toute idée exclusive sur ce sujet et veut comprendre, dans ces phénomènes de déséquilibration intestinale, la question tout entière ; on ne peut donc, à son avis, se limiter à un seul point du problème : dilatation stomacale ou intestinale, entéroptose ou atonie intestinale. Il a reconnu parmi ses malades un grand nombre d'entéroptosiques dont il donne des observations fort intéressantes ; tous ces malades ont été bien soulagés par la ceinture et le traitement préconisés par le Dr F. Glenard. Un point fort curieux est la coïncidence, qu'il a notée plusieurs fois, de la sténose d'une partie de l'intestin et de la dilatation d'un autre point de cet organe, surtout de l'S iliaque. Les dilatés sont divisés par lui en dyspeptiques, cardiopathes, pseudo-asthmatiques, neurasthéniques et cérébraux. Cette étude se termine par un tableau comparatif de l'entéroptose et de la dilatation gastro-colique. Le traitement de l'entéroptose et de la dilatation comprend : l'usage d'une *ceinture*, les laxatifs, l'hydrothérapie, l'électricité et les eaux minérales. A. R.

CORRESPONDANCE

Bourrage antiseptique des Plaies.

Monsieur le Directeur du *Progrès médical*,

Je crois utile de rectifier une erreur qui s'est glissée dans le compte rendu du *Congrès des Œuvres d'Assistance en temps de guerre* (séance du 18 juillet), que Mlle le Dr Blanche Edwards a résumé dans votre estimable journal. Je n'ai pas seulement parlé du pansement *aseptique ouaté*, que tout le monde sait appartenir au Dr Alph. Guérin ; mais j'ai insisté sur le *bourrage antiseptique* des plaies, que préconise le Dr Cussbaum (1), et qui consiste à bourrer les plaies profondes et par armes à feu, au moyen d'ouate-charpie imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 5 %; ce procédé est à la fois hémostatique, antiseptique, et, par la légère cautérisation chimique qu'il opère sur les surfaces, il bouche hermétiquement les pores de celles-ci et empêche l'auto-infection. J'ai insisté aussi sur l'avantage de se servir, dans certains cas de plaies profondes avec hémorrhagie grave, du *bourrage de la plaie au moyen d'onguent caustique à base de chlorure de zinc*, dont j'ai publié la composition, et qui a l'avantage d'arrêter les hémorrhagies graves, artérielles ou veineuses, en produisant une eschare dure qui se détache seulement au bout de quelques jours, laissant alors une plaie bourgeonnante de bonne nature et se cicatrisant très vite.

Ce moyen me paraît très simple et très expéditif en temps de guerre, et supérieur aux autres, puisqu'il n'exige pas le sondage des plaies,dangereux et impossible à pratiquer d'*une façon antiseptique* sur le champ de bataille. Je me permets, monsieur le Directeur, de vous offrir deux exemplaires de mon travail sur l'emploi des caustiques en chirurgie, dans lequel vous trouverez exposée ma méthode de traitement.

Veuillez agréer, etc. Dr Jules FÉLIX (Bruxelles).

(1) Et M. le Dr Doyen (de Reims). Voir *Congrès de Paris de l'Association française pour l'avancement des sciences ;* in *Progrès médical*, août 1889. (*N. d. l. R.*).

Stigmates hystériques. Hémorrhagies cutanées.

Saint-Malo, le 24 juillet 1889.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous prie d'insérer dans le *Progrès médical* l'observation suivante :

OBSERVATION. — Une jeune fille de 22 ans est malade depuis un an. Elle a de fréquentes attaques d'*hystérie*, surtout au moment des règles. Le champ visuel est rétréci des deux côtés et elle ne distingue pas le violet et le vert. Elle a presque tous les jours des hémorrhagies de la peau ; tout à coup des gouttes de sang s'écoulent, une petite plaie se forme, elle est longue, en général, d'un demi-centimètre, de forme ovale et déprimée au centre ; cette plaie, qui saigne souvent plusieurs fois à différents jours, ne se cicatrise qu'au bout d'une quinzaine de jours. La malade présente un autre phénomène : sur différents points du corps, tout à coup, la peau devient rouge, douloureuse, enflammée pendant un ou deux jours; puis l'épiderme s'enlève, le sang sort par gouttelettes et une excoriation se forme qui se cicatrise dans 15 à 20 jours, après avoir saigné deux ou trois fois à quelques jours d'intervalle.

Veuillez agréer, etc....

Dr ERNOUL.

Cette observation, très intéressante, nous paraît digne d'être suivie et prise avec de nouveaux détails. Elle est à rapprocher des stigmates des extatiques, comme Louise Lateau, etc.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (1).

Il y aurait un livre complet à écrire sur le sujet que résument ces deux mots. En effet les instruments de précision appliqués à l'étude médicale de l'homme procèdent de toutes les sciences exactes sans exception ; il n'est pas jusqu'aux appareils d'observation météorologique qui n'aient été appliqués à l'enregistrement des phénomènes normaux et anormaux qui se passent dans l'espèce humaine. D'autre part les sciences médicales ne comportent plus de limites ; toutes nos connaissances sont l'objet à chaque instant d'inventions utiles, en ce qui concerne les materiaux anatomiques, physiologiques, hygiéniques, pathologiques, qui constituent notre domaine. On conçoit par conséquent que si, prenant comme point de départ la dernière Exposition universelle (1878), nous voulions examiner à fond toutes les acquisitions instrumentales du savoir médical jusqu'en 1889, nous dépasserions les limites imposées par un article de journal.

Nous nous proposons simplement, après avoir parcouru le champ des bâtiments consacrés à la Médecine et à la Chirurgie (Classe XIV, 2e salle), aux instruments de précision proprement dits (Classe XV), à l'Enseignement supérieur (Classe VIII), et aussi ailleurs, à lExposition, de signaler à ceux de nos confrères, que cette visite pourra intéresser, les vitrines où nous avons distingué :

A) les *Appareils de Physiologie* et d'*Électricité médicale.*
B) les *Appareils d'Optique médicale.*
C) les *Appareils d'Histologie.*
D) les *Instruments de Précision* se rattachant de moins près aux sciences médicales.

En effet, nous citerons, à la fin de cet article, quelques instruments qui se rapportent à l'astronomie, la sténographie, la géodésie, etc., et que le médecin doit connaître.

Tous constituent, suivant nous, des points de repère de la plus haute valeur pour l'histoire des sciences. Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de faire ici une selection sans appel, encore moins de déconsidérer ceux des honorables fabricants dont nous ne parlerons pas. Il ne s'agit pas ici d'un

(1) Voir *Progrès médical*, no 24 et tous les suivants de 1889.

jugement définitif, mais d'un catalogue raisonné. Nous tenons uniquement à présenter quelques indications, en guise de jalons. Aux mecaniciens de profession à être complets.

I. — Exposition française (*Classes XIV, XV, etc.*)

A. — Instruments de Physiologie et d'Électricité médicale.

L'Exposition des Instruments de Physiologie et d'Électricité médicale était, comme toujours, éparse de-ci de-là. Il fallait courir un peu partout, dans le Palais des Arts libéraux, voire même à la Galerie des Machines. Encore une fois, c'était le désordre le plus complet; nous avons essayé d'y remédier.

I. — Instruments d'électricité médicale.

Tous les *instruments d'électricité médicale* devraient être réunis, comme nous l'avons déjà dit, à la Classe XIV (2e salle). Nous ne devrions pas avoir à tenir compte en effet de ceux qui se trouvaient à la Classe LXII (Electricité), puisqu'ils proviennent des mêmes maisons qui ont exposé à la Section de médecine et de chirurgie. Or, il n'en a pas été ainsi, et c'est à la Galerie des Machines (Section de l'Electricité) qu'il fallait aller étudier ces Instruments. C'était fort regrettable, mais nécessaire.

Si le nombre des maisons sérieuses ressortissant de cette spécialité est fort restreint — il y en a trois — la qualité de leurs productions est telle que le médecin doit s'attarder un instant pour étudier leurs instruments de construction récente.

L'électricité médicale au Champ-de-Mars, était représentée, en effet, par trois industriels, très bien outillés d'ailleurs, MM. Gaiffe, Chardin et Trouvé.

Tous les médecins, qui s'occupent d'électro-thérapie, connaissent bien ces trois maisons. Ils en trouvaient deux (Gaiffe, Chardin) à la Classe XIV : la première à l'extrémité de la deuxième salle en se dirigeant vers la Classe XV ; la seconde au milieu environ de cette même salle, près des pièces anatomiques. Dansl e petit espace qui était réservé à chacune d'elles, ils n'ont vu que les principaux appareils, d'un usage commun en électro-thérapie; pour faire une visite complète, ils ont dû se rendre à la Classe LXII (Electricité), au Palais des Machines. Confondant dans une même description les deux expositions de ces maisons, nous ne signalerons ici que les modifications introduites récemment dans les instruments fabriqués dans leurs ateliers respectifs. — Quant aux inventions de M. Trouvé, on ne les apercevait qu'à la Galerie des Machines.

En ce temps, où l'électricité médico-chirurgicale revient à l'ordre du jour, grâce à l'emploi de méthodes précises, à la vulgarisation des connaissances électriques et au perfectionnement des appareils, il importe d'y insister un peu, car tout médecin, sauf peut-être à Paris, à cause de la spécialisation, doit connaître ce que l'on a fait de nouveau en cette branche, la plus utile pour lui peut-être des sciences physiques.

On sait que l'électricité médicale a plusieurs sources ; aussi énumérons-nous successivement pour chaque maison les instruments qui les constituent et qui méritent, par leur nouveauté, une mention de quelques lignes. Nous suivrons l'ordre ci-dessous :

1° *Machines électro-statiques.*

2° *Electromoteurs chimiques* ou *Générateurs hydro-électriques*, ou *Piles.*

3° *Appareils d'induction* ou *faradiques*, qu'on divise en *volta-faradiques* et en *magnéto-faradiques.*

4° Ces sources étant connues, nous citerons ensuite les *Instruments spéciaux* (appareils d'exploration, de mesure, etc., etc.), et les *Accessoires*, qui servent à utiliser l'électricité produite.

I. — Maison Gaiffe.

Nous rappellerons seulement l'ancienneté de la *Maison Gaiffe*, une des premières qui, à Paris, ait fourni aux médecins des instruments réellement pratiques, construits exclusivement en vue de l'usage médico-chirurgical, et nous décrirons de suite les appareils que nous recommandons à nos lecteurs.

1° — *Les Machines électro statiques* que fournit cette maison ne nous arrêteront pas. Ce sont là, en effet, des instruments un peu spéciaux, trop peu employés en médecine, et que M. Gaiffe ne fabrique pas d'une manière particulière. Citons seulement les modèles de *Machine Carré*, de *Woos*, de *Piche*, etc. La *Machine de Woss* est une de celles qui sont en vue aujourd'hui.

2° — Pour les *Générateurs hydro-électriques* ou *Piles*, ainsi que pour les appareils résultant de leurs assemblages (*Batteries voltaïques*) et leurs accessoires, nous serons moins bref.

a). Parmi les nouvelles *Piles*, après avoir rappelé le *couple de A. Gaiffe* au bioxyde de manganèse, créé en 1878 pour les besoins médicaux, nous attirerons l'attention sur le nouveau *Couple au Bichromate de Potassium* de M. Gaiffe (1878), dit *Pile-Bouteille.* Cette Pile a l'avantage de pouvoir être plus facilement entretenue que l'ancien modèle et ses réparations sont moins dispendieuses. La figure ci-jointe (Voir *Fig.* 1)

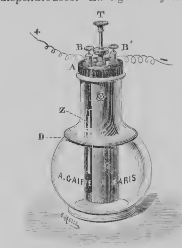


Fig. 1. — Pile au bichromate de potassium (Modèle A. Gaiffe). — *Légende.* A, Couvercle en ébonite ; — B, B', Serre-fils ; — C, Charbon ; — Z, Zinc ; — D, Flacon de verre — T, Tige à coulisse pour faire plonger le zinc dans le liquide, quand on veut que la pile fonctionne.

montre de quelle façon elle est construite. Rappelons seulement que toutes les pièces constituant ce couple peuvent être facilement remplacées, que le cylindre de charbon (C) est moulé d'une seule pièce, et enfin qu'il n'y a pas de virole pour fixer, au goulot, le couvercle à vis en ébonite (A).

b). Nous citerons ensuite, comme exemple de *Batteries voltaïques*, trois modèles d'ailleurs bien connus des médecins.

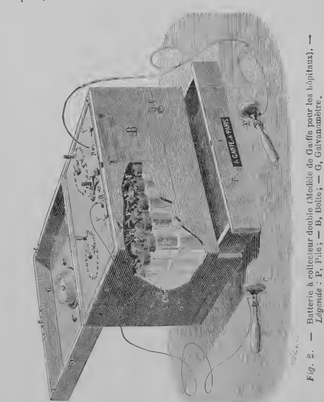


Fig. 2. — Batterie à collecteur double (Modèle de Gaiffe pour les hôpitaux). — *Légende* : P, Pile ; — B, Boîte ; — G, Galvanomètre.

La Batterie à collecteur double, très employée dans les hôpitaux à Paris, composée de couples au bioxyde de manganèse et au $ZnCl^2$, et munie d'un collecteur double, d'un galvanomètre et d'un interrupteur pour produire les chocs voltaïques. Nous donnons ci-joint (Voir *Fig.* 2) le dessin d'une batterie portative de 24 couples. — A côté, on verra, à la Classe XIV, une batterie construite spécialement pour cabinet de médecin, sous l'aspect d'un meuble de chêne, en forme de pupitre.

Les deux instruments dont nous venons de parler servent surtout à l'électrisation des malades. Un autre modèle est destiné au contraire, d'une façon toute spéciale, à actionner des *galvano-cautères*. Il est vrai qu'il peut servir aussi aux diverses applications du courant continu (éclairage électrique vésical, laryngoscopique, etc.). Cette batterie est au sulfate de bioxyde de mercure ; elle est pourvue d'un collecteur double permettant de prendre les éléments de 1 en 1, mais ne possède pas de galvanomètre; on doit donc y ajouter, par exemple, un galvanomètre apériodique, analogue à ceux dont nous parlerons à l'instant. Elle a un interrupteur de courant.

c). Nous aurions voulu insister sur les *Accessoires* de ces batteries, montrer l'intérêt des *Collecteurs* de Gaiffe, par exemple des collecteurs à double cadran et à pédale ; mais, comme nous sommes limité, nous nous bornerons à attirer l'attention sur les *Interrupteurs de courants*, les *Condensateurs* et sur les *Galvanomètres*. Un *Condensateur médical*, muni d'un interrupteur automatique de Marey, donne 180 à 1,200 intermittences à la minute ; il y a une clé que la main peut manœuvrer pour obtenir des simples intermittences. L'emploi de cet ingénieux appareil permet, en thérapeutique, de doser rigoureusement l'énergie électrique utilisée et de provoquer des contractions musculaires des plus vives avec le moins de douleur possible. Grâce à lui on a des interruptions très régulières.

Les Galvanomètres nouveaux de M. Gaiffe remontent déjà à 1881 et à 1885. Dans les anciens galvanomètres médicaux, le cadran était toujours horizontal, pour éviter les déviations dépendantes de l'état magnétique, comme par exemple dans l'*Ampèremètre* grand modèle, divisé, de deux en deux, en 100 dixmilliampères ; mais le *Galvanomètre* ou *Ampèremètre apériodique* (Voir *Fig.* 3) peut être employé aussi bien vertical qu'horizontal. Ce modèle est préférable au premier cité, parce qu'il peut être transporté. A citer encore le *Réostat médical*, à division décimale, etc., etc.

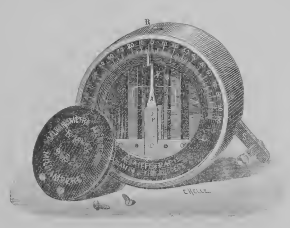


Fig 3. — Ampèremètre apériodique.

3° — Nous arrivons maintenant aux *Appareils d'Induction*. Tous ceux dont le médecin se sert sont construits sur le même type. Parmi les modèles de M. Gaiffe, nous n'avons guère remarqué que celui qui est dû à M. le Dr Tripier; les autres ne présentent rien de particulier.

a). La plupart des *Appareils volta-faradiques* de cette maison renferment, dans la boîte qui les contient, une pile au sulfate de bioxyde de mercure ou au chlorure d'argent. Il y a des modèles de poche, d'autres plus volumineux, d'autres spécialement agencés pour la marine, et dans lesquels le liquide excitateur de la pile doit être de l'eau de mer. Ce sont là de véritables instruments pratiques, — transposables. Ceux qui servent dans les laboratoires ou les cabinets médicaux (type Du Bois-Reymond) sont construits sur un type un peu différent : les bobines glissent l'une dans l'autre et peuvent s'écarter assez pour annuler l'induction. Dans ces appareils, la pile est à part. Citons, parmi eux, le *petit modèle de M. le Pr Ranvier*, transportable en voyage, et surtout l'*Appareil de M. le Dr Tripier*, déjà vieux, dont nous parlions à l'instant. Cet appareil à chariot, analogue à celui de Siemens porte un jeu de bobines à résistances variées (3 bobines). Depuis 9 ans, M. Gaiffe y a ajouté un interrupteur, donnant 30 à 3000 intermittences par minute, et depuis 2 ans, une division expérimentale donnant le rapport des énergies développées par une bobine induite aux différents points de sa course. Quelques modifications ont été encore appliquées récemment à cet appareil d'induction, si connu déjà ; mais leur étude nous entraînerait trop loin.

b). Les *appareils magnéto-faradiques* sont de deux types : type Clarke et type Page. M. A. Gaiffe a combiné ces deux systèmes, a pu ainsi réduire notablement les dimensions de ces instruments et a construit un *Appareil à bobines combinées*, d'un prix relativement peu élevé. Mais il a modifié aussi l'appareil de Clarke, en le dotant d'un organe qui sert à la fois de redresseur de courants, d'interrupteur et de modérateur. En 1889, M. Gaiffe a perfectionné encore l'appareil représenté ci-joint en réunissant dans le nouveau modèle les courants de quantité donnés par les gros fils, et les courants de tension donnés par les fils fins.

4° — Parmi les *Appareils d'exploration et les instruments divers* de M. Gaiffe, il faudrait signaler le *laryngo-fantôme* du Dr *Baratoux*, instrument de démonstration pour laryngologistes ; — l'*audiomètre du Dr Boudet de Paris* ; — le *sphygmophone* du même médecin, etc. ; mais, parmi les *accessoires* des appareils électriques, nous ne citerons, pour ne pas allonger outre mesure cette revue, que ceux qui servent à l'*Electrolyse des fibromes utérins*, question très à l'ordre du jour aujourd'hui. Signalons donc toute une série d'*Hystéromètres en charbon*, de 5 mill. à 11 mill., pour l'électrolyse intra-utérine (modèles du Dr Apostoli).

Nous tenons à ajouter, avant de quitter cette maison, que M. Gaiffe est un des premiers, paraît-il, qui en France ait installé une *usine de nickelure et de cobalture ;* à l'heure actuelle, où il est urgent que l'on prenne l'habitude de nickeler tous les instruments de chirurgie, il nous a paru opportun de rappeler ce fait, à savoir que la *nickelure galvanique* française a pris naissance sous l'impulsion de la maison dont nous venons de faire connaître les plus élégantes et les plus pratiques inventions.

(*A suivre*). MARCEL BAUDOUIN.

VARIA

Le Micrococcus de l'Influenza.

M. le Pr Bouchard rechercherait, dit-on, le microbe de l'Influenza, et il est fort probable que bien d'autres marchent sur ses traces. En attendant qu'on ait trouvé en France quelque chose de nouveau, nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur donnant la primeur d'un article paru dans le *Wiener medizinische Blœtter* de la semaine dernière. Nous l'avons fait traduire par notre collaborateur et ami, M. le Dr Kéraval, et nous en avons fait reproduire le dessin. La Figure 4 montre les fameux microbes, dont l'existence n'est pas prête d'être admise sans conteste chez nous.

« Il n'y a pas de temps plus propice à des études capables de dissiper l'obscurité qui masque encore l'étiologie de l'épidémie hantant notre hémisphère. Nos théories actuelles rendent des plus probables l'existence d'un agent pathogène d'origine organique ; mais, ainsi que l'a déjà fait ressortir notre clinicien, le professeur Nothnagel, la bactériologie était, à l'époque de la dernière grande épidémie d'Influenza, trop rudimentaire pour nous permettre de résoudre la question de la cause morbigène d'une façon exacte. Ce n'est cependant pas que nous manquions tout à fait de matériaux nous permettant d'envisager certains points de repère qui nous doivent servir aujourd'hui de fils conducteurs efficaces.

Nous avons déjà dans le *Wien. medizin. Blœtter*, n° 50, 1889, signalé la déception d'Otto Seifert (privat-docent de Würzbourg) (v. *Volkmann's Sammlung Klinischer Vortrœge*, n° 240, 1884). Son article tient compte non seulement des documents bibliographiques, mais aussi d'une série d'observations faites par lui à l'occasion d'une petite épidémie d'influenza pendant l'hiver et au printemps de l'année 1883, soit en ville, soit à la clinique, à Gerhardt, à Würzbourg. Il tenta d'utiliser sur-le-champ les matériaux dont il disposait et d'en exprimer les éléments étiologiques à peu près exacts ; il obtint des résultats remarquables. Il examina notamment, ainsi qu'il était rationnel, les sécrétions nasales et bronchiques, et constata ce qui suit : Dans tous les cas caractérisés par des symptômes accusés d'influenza, tant que la fièvre subsista à son maximum,

les produits de sécrétion signalés demeurèrent visqueux, de coloration et de consistance mucoso-hyalines. Les crachats contenaient à cette période de la maladie des grumeaux gris-blanchâtres gélatiniformes. A mesure que la fièvre céda et que diminuèrent les malaises subjectifs, on vit la consistance des humeurs en question subir des modifications parallèles ; le mucus nasal et la matière des crachats devinrent plus fluides, prirent un aspect muco-purulent et diminuèrent de quantité. On n'hésita pas à les *colorer à l'aniline.*

On avait eu soin de recueillir chez le premier malade qui s'était présenté des crachats tout frais et d'en diviser la substance de façon à obtenir à part la matière la plus visqueuse et la plus transparente, ainsi que des morceaux de grumeaux gélatiniformes. Ces éléments avaient été soumis à l'analyse classique; en d'autres termes, on en avait enfermé de petites quantités entre deux couvre-objet et on les avait desséchés à la chaleur de la lampe à alcool ; puis, on avait immergé ces lamelles dans une *solution de violet de méthyle* durant une heure. Ceci fait, lavage à l'alcool ; nouvelle dessication; finalement inclusion dans le baume du Canada. L'examen microscopique avait alors révélé les dispositions suivantes : La préparation ne contenait que très peu d'éléments cellulaires ; le mucus visqueux paraît étiré et dissocié en minces filaments. Ces filaments enlacent ou côtoient une quantité infinie de *Micrococcus* mesurant (à un grossissement de 350) 1.5 à 2 μ de long et 1 μ de large. Ces Micrococcus n'affectent aucune espèce de relations avec les cellules de pus ; nulle part ils ne sont en continuité ni en contiguité avec elles. Quant à la disposition personnelle des Microorganismes considérés en eux-mêmes, ils forment généralement de longues chaînes ; il est rare qu'ils soient simplement soudés deux à deux (Diplococcus), il est en revanche très fréquent qu'ils restent uniques (Monococcus). Certaines pièces révèlent un nombre bien plus notable de micrococcus, mais la disposition en chaînettes y domine. La préparation dont nous donnons ici le dessin (voir *Figure* 4) est une de celles dans lesquelles les Micrococcus abondent le moins; nous l'avons choisie exprès afin de mieux indiquer les dispositions réciproques de chacun des éléments anatomiques et microbiens.

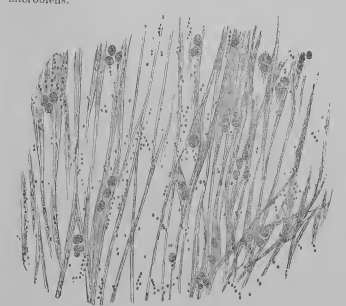


Figure 4. — Les Microbes de l'Influenza.

Dès qu'on eut constaté l'état que nous venons de décrire *dans les crachats* du premier malade influenzé, on traita de la même manière la *sécrétion nasale visqueuse et hyalino-muqueuse* de ce sujet. On observa exactement les mêmes particularités.

Des recherches ultérieurement pratiquées en commun avec Fr. Muellen, ex-assistant de la clinique de Gerhardt, eurent pour but : 1° De déterminer, par un examen continu, la nature des produits de sécrétion de l'appareil respiratoire chez tous les malades atteints d'influenza, suivant les hasards de la clinique ; 2° D'établir des investigations de contrôle comparatif ; 3° D'examiner le sang et d'y rechercher les Micrococcus ; 4° D'inoculer les animaux.

Nous laissons, sur ces quatre séries de questions, la parole à M. O. Seifert. 1° En ce qui concerne les *recherches microchimiques* que nous avons entreprises sur les *produits de sécrétion en question*, nous avons, dans tous les cas d'influenza, constaté l'existence des *Micrococcus* décrits *suprà*, au sein du mucus nasal et des crachats. Il était naturel que nous ne nous bornions pas à colorer les éléments au violet de méthyle et, qu'au contraire, nous essayions des autres couleurs d'aniline ainsi que des procédés de coloration double. C'est ainsi que nous avons reconnu que la fuchsine était un moins bon agent colorant dans l'espèce, tandis que le vésuvine lui était supérieure; les colorations doubles manquant totalement leur but. Une fois que nous eûmes fait la preuve de l'*excellence du violet de méthyle* dans le cas particulier, nous nous en tinmes à cette méthode de coloration. La continuité de l'examen des liquides de sécrétion chez les mêmes individus a montré que ces liquides n'étaient point homologues, quant à leur teneur en micrococcus. C'est *invariablement dans les grumeaux gélatiniformes que l'on trouve le plus de micro-organismes; il en existe d'ailleurs aussi en très grand nombre dans des fragments mucoso-hyalins.* Dès que les liquides sécrétés (par le nez ou les bronches) commencent à prendre le caractère puriforme, on y voit davantage d'éléments celluleux, tandis que le nombre des micrococcus diminue ; les portions les plus riches en cellules ne contiennent plus alors qu'un très petit nombre de micrococcus entre les rangées de cellules. Nous avons été assez heureux pour extraire pour ainsi dire directement des bronches un véritable crachat d'influenza, un crachat dont on ne fût pas tenté d'imputer les microorganismes à une plaie traumatique dérivée des accidents inflammatoires ; ce crachat nous fut expectoré pendant l'examen laryngoscopique ; il nous révéla d'admirables spécimens de micrococcus. — 2° Nous avons *comparé les liquides pathologiques de l'Influenza* au liquide nasal de trois individus atteints de coryza ordinaire, et de deux individus affectés de coryza suite de rougeole. Chez aucun d'eux nous n'avons trouvé de micrococcus semblables à celui de l'influenza. Nous avons aussi examiné les crachats de six malades en proie à une bronchite simple et de deux malades affectés de rougeole ; il n'existait pas davantage de micrococcus rappelant celui de l'influenza. Pas de coccus non plus dans les crachats d'un bronchiectasique et de trois phtisiques. — 3° On a examiné, avec le plus grand soin, en prenant les plus minutieuses précautions, le sang d'influenzés. En aucun cas il n'y existait de coccus. — 4° Le mucus nasal et bronchique frais, pris à un malade influenzé, porteur de micrococcus en grand nombre, fut inoculé à des animaux. Après avoir intimement mélangé les deux espèces de sécrétion, on les injecta à deux lapins blancs ayant 39.5 de T. L'injection fut faite dans les fosses nasales (n° 1) et la cavité buccale (n° 2). Le jour suivant, aucun des animaux infectés ne présentait de modifications au niveau de la muqueuse nasale ou buccale. T. du n° 1 = 40. T. du n° 2 = 40.

Le n° 1 respirait un peu plus difficilement que le n° 2.

Le 4e jour, n° 1 : T = 40.5,
n° 2 : T = 39.5.

Aucune modification du côté des muqueuses.

Le 5e jour les deux animaux ont récupéré leur belle humeur. Leur T = 39.5. Le n° 1 continue à respirer également, après avoir fort bien mangé le jour précédent.

Le soir de ce jour, on trouve le n° 1 mort; l'autopsie ne révèle pas la cause de la mort ; on ne trouve rien dans les liquides des muqueuses nasale, trachéale, bronchique.

Le n° 2 continue à se bien porter.

De ce qui vient d'être exposé, y a-t-il lieu de conclure *que l'Influenza soit une affection miasmatique ?* Nous n'avons pas de preuve absolument certaine que la forme de Micrococcus, dont nous avons constaté la présence en quantité énorme dans les liquides de sécrétion des voies respiratoires chez tous les malades atteints d'influenza, soit la cause unique et directe de l'affection. Sans doute, les recherches de

contrôlé comparatif ont établi que, ni dans la rhinite catarrhale simple, ni dans les diverses trachéo-bronchites, ni dans les rhinites et bronchites catarrhales, suite de rougeole, on ne rencontre ces mêmes micrococcus; mais il n'existe encore pas de cultures ni d'inoculations pratiquées avec des substances suspectes, qui permettent de sûrement mettre en lumière les relations des micrococcus visés avec l'influenza. Il ne faut pas exagérer l'importance des expériences exécutées sur les animaux, au moyen de substances de crachat coccigères. Sans doute, les deux lapins ont été gênés; ils ont présenté une élévation de T. (surtout le nº 1, inoculé par les fosses nasales); mais, en dehors de la faible rougeur des conjonctives, on ne constata chez eux aucun des symptômes appartenant à l'influenza de l'homme. L'autopsie n'a révélé, en aucun endroit de la muqueuse respiratoire du lapin nº 1, de micrococcus; il est donc probable que tous les champignons introduits dans le nez avec le crachat n'ont pas tardé à être éliminés, avant même d'avoir produit des troubles locaux d'une certaine importance. La mort de l'animal ne paraît pas du tout en rapport avec l'inoculation. Enfin il n'est pas du tout prouvé que les lapins soient les réactifs convenables des inoculations de l'influenza (1).

Malgré les larges lacunes des recherches qui précèdent, nous acceptons que l'influenza est provoquée par les Micrococcus décrits, microorganismes apportés par l'air dans les voies respiratoires et pullulant dans ces organes. »

(Traduction d'un article *Wien. Medizinische Blœtter*, Nº 52, 26 Déc. 1889).

Comme on le voit, l'auteur va vite en besogne. Nous publierons dans notre prochain numéro un article sur l'épidémie à Berlin, que le défaut d'espace nous oblige à ne pas insérer aujourd hui.

L'Epidémie actuelle.

I. — *L'Influenza à Paris.*

L'épidémie semble entrer désormais dans une nouvelle phase, que n'avaient pas prévue ceux qui, à l'*Académie de médecine* ou ailleurs, avaient fait au début les déclarations les plus optimistes : la *phase des complications de l'Influenza*. A l'heure actuelle, tout le monde à Paris a eu l'Influenza, ou peu s'en faut. Il semble donc, à première vue, que la situation ait dû s'améliorer ces jours-ci. Or, il n'en est rien, malheureusement; cette semaine a encore été plus mauvaise que la précédente. En voici la raison : Un grand nombre de personnes, atteintes il y a quelque temps, se soignent mal ou ne se soignent pas du tout. La faute en est aux journalistes qui font autant de tort aujourd'hui à la médecine, aux médecins et surtout aux malades, que les rebouteurs et les sorciers de jadis ; si nous osions, nous ajouterions même que, s'ils continuent, ils remplaceront certainement bientôt ces derniers. Un grand nombre de personnes, disions-nous, croient en effet de bon ton de traiter... par le mépris les accidents si fréquents et au début si peu graves de l'Influenza. Ils renvoient aux calendes grecques les soins médicaux. Aussi chaque soir voit-on, dans les grands journaux politiques, enregistrer la mort de 5 à 6 grands hommes (?) car on ne parle que de ceux-là ! C'est beaucoup trop pour un seul jour, même en cette saison. Et pourtant ceux-là ne sont-ils pas dans les meilleures conditions pour se tirer du mauvais pas? On voit, par cette seule réflexion, ce qui doit se passer dans le peuple, forcément plus exposé aux complications de toute sorte de cette fort ennuyeuse épidémie.

Les hôpitaux regorgent de malades, et aux consultations, chaque matin, les médecins sont débordés. On parle, les lits supplémentaires n'y suffisant plus, de dresser dans les principaux hôpitaux des tentes analogues à celle qui a été installée à Beaujon.

Le nombre des décès a augmenté d'une façon très notable dans chaque hôpital, dont le personnel a été parfois fort éprouvé, d'autant plus que ce personnel *reste le même*, que le nombre des lits soit réglementaire ou qu'il soit augmenté de 5, 8, 10 brancards ou davantage. Le 28 décembre, il y a eu à Paris 414 décès, alors qu'à pareille époque il n'y en a, d'ordinaire, que 180 à 200.

A Paris, dans toutes les grandes administrations, il y a toujours un nombre notable d'employés qui manquent. L'Ecole Centrale a été frappée à son tour, comme l'Ecole des Beaux-Arts, dont les élèves architectes, travaillant au grand air, ont surtout été atteints. Dans les théâtres, on continue à tousser fortement sur la scène et dans ses environs ; mais on n'a pas été, comme dans certaines villes de province, obligé de suspendre les représentations. On comprend pourquoi : à Paris, les acteurs abondent. La rentrée des élèves dans les lycées de Paris vient d'être retardée jusqu'au 12 janvier soir (garçons et filles).

La statistique municipale nous paraît offrir des lacunes, ce qui se comprend en raison du désarroi qui règne dans ce bureau, comme dans les autres, par suite de la maladie des chefs et des employés ; il nous semble qu'on corse un peu trop la note de la rubrique « maladies diverses » et qu'on ferait mieux d'en ajouter une nouvelle intitulée carrément « grippe » ; toujours d'après les chiffres officiels, le nombre des décès par broncho-pneumonie et pneumonie a augmenté, ce qui ne doit pas étonner.

II. — *L'Influenza en Province.*

En province, l'Influenza ne fait pas moins de ravages. Les rapports sur l'état sanitaire des troupes, parvenus au Ministère de la Guerre, constatent cependant, bien que les cas de grippe soient ass z fréquents dans les infirmeries des casernes, que, grâce aux mesures prises par l'Administration militaire, les soldats ont beaucoup moins souffert que la population civile de l'épidémie qui sévit en ce moment.

A *Lyon*, le directeur du Grand-Théâtre a demandé au maire l'autorisation de fermer pendant une dizaine de jours, la plupart de ses artistes se trouvant dans l'impossibilité de remplir leurs rôles. La plupart des maisons d'éducation ont, comme le lycée, licencié leurs élèves. Un grand nombre d'administrations et de magasins sont désorganisés. Plusieurs régiments sont atteints par l'épidémie. D'après le *Lyon Médical*, le chiffre des décès s'est élevé pendant cette semaine à 220. Dans la semaine correspondante de 1888, on n'avait enregistré que 174 décès. — A *Lille*, les cas d'Influenza sont très nombreux, mais l'épidémie conserve un caractère extrêmement bénin. Le bataillon d'artillerie de forteresse et le régiment de chasseurs sont très éprouvés. L'épidémie, qui sévissait surtout dans les administrations et la bourgeoisie, commence à se répandre dans la population ouvrière.— A *Toulouse*, quelques cas, tous bénins, ont été signalés en ville, dans la garnison et au lycée. En présence de ces faits, les vacances du jour de l'An ont dû être avancées. Le théâtre du Capitole a été forcé de faire relâche à la représentation d'hier, la majeure partie de ses artistes étant grippés. Du 18 au 24 décembre, de nombreux cas ont été signalés partout où il y a agglomération, dans les services administratifs et municipaux, et enfin à l'Ecole vétérinaire, où les élèves ont été licenciés et le personnel renvoyé en vacances. — L'épidémie a fait son apparition à *Périgueux* et à *la Seyne*, où l'on a signalé quelques cas jusqu'ici très bénins. — A *Toulon*, l'Influenza paraît entrer en recrudescence, par suite du changement de temps qui s'est mis là-bas à l'humidité. Quelques nouveaux cas sont traités dans les infirmeries provisoires du Mourillon. — On signale aussi quelques cas nouveaux à *Nîmes* et à *Avignon*, dans la population civile et dans la garnison. Dans cette dernière ville, l'Ecole normale des instituteurs et plusieurs écoles ont été licenciées et le personnel envoyé en vacances. — La grippe a fait, depuis quelques jours, son apparition à *Marseille*. Le personnel des postes est plus particulièrement atteint ; environ 1/5e des employés sont alités. L'épidémie a frappé également, mais dans des proportions moindres, le personnel des Compagnies maritimes, de l'Octroi, des Douanes et de la Police. La moitié de la troupe du Gymnase est malade. Les médecins ne peuvent suffire à leur besogne ; cependant la plupart des cas sont bénins et la mortalité n'a pas sensiblement augmenté. — A *Périgueux* et à *Vannes* on relate un nombre croissant de cas nouveaux. Dans cette dernière ville, le préfet a dû contremander, au dernier moment, les visites officielles du Nouvel An. — A *Bourges*, de nombreux cas ont été constatés au grand séminaire diocésain, qui a été licencié immédiatement. — L'Influenza sévit encore parmi les équipages des navires de l'escadre de la *Méditerranée* et du vaisseau-école des canonniers, la *Couronne*. Sur ce dernier batiment, le nombre des cas est assez considérable. — A *Poitiers*, l'Influenza a sévi également avec une certaine rigueur dans la population militaire. Les régiments ont été éprouvés les uns après les autres, le 125e d'infanterie d'abord, puis le 20e d'artillerie, enfin le 33e ont payé successivement leur tribut à la maladie. Quelques cas de fièvre typhoïde ont aggravé cette situation. Mais le mal semble enrayé ; des permissions nombreuses, données à propos, ont conjuré le danger. — A *Brest*, l'état sanitaire à bord de la *Bretagne* s'est sensiblement amélioré. Il reste une cinquantaine de malades alités et autant de dispensés du service. Quelques cas bénins ont été constatés sur le transport l'*Ariège* qui devait partir le 4 janvier à destination du Sénégal. Le *Borda* et l'*Austerlitz* sont toujours

(1) On aurait mieux fait de tenter les inoculations, ce nous semble, sur des animaux *susceptibles*, dit-on, *d'avoir la grippe*, comme les chevaux ou les chats. Ajoutons que si en Angleterre on observe, dans cette épidémie, des cas sur la race chevaline, les vétérinaires français sont encore indécis sur la maladie qui, à Paris, frappe, comme les hommes, un certain nombre de chevaux. (Marc. B.).

indemnes. Quelques cas ont été constatés au quartier de l'infanterie de marine. L'épidémie reste stationnaire en ville; on n'y signale que quelques cas isolés, peu nombreux.

Un journal de *Saumur* annonce que la grippe a fait son apparition à l'Ecole de cavalerie, et qu'une grande quantité de malades se sont présentés à la visite. L'épidémie avait également été constatée dans la population civile.

Des cas d'Influenza ont été constatés ces jours derniers à *Ajaccio*. Un certain nombre de militaires de la garnison sont en traitement à l'hôpital. La maladie n'a aucun caractère de gravité.

Grenoble paye son tribut à l'épidémie régnante. Les cas sont assez nombreux dans les régiments et parmi la population, mais ils sont généralement bénins. Dans les établissements d'instruction primaire et secondaire, on ne signale rien d'extraordinaire. La mortalité est la même que celle de l'année dernière à pareille époque. — A *Bordeaux*, cependant, les cas d'ailleurs très bénins qui avaient été signalés à la caserne des hussards ont totalement disparu, et tous les services publics marchent comme d'habitude. Au Grand-Théâtre seulement, des indispositions successives forcent chaque jour l'administration à des changements de spectacles. A *Besançon*, l'épidémie s'est propagé avec une certaine rapidité dans la population civile et militaire. Un détachement du 44e régiment de ligne, qui occupe le fort de Planoise, situé sur une hauteur à plus d'une lieue de la ville, a été atteint presque tout entier; pareil état de choses existe au fort dé Châtillon. Beaucoup d'officiers aussi sont pris. Heureusement, presque tous les cas sont bénins.

Algérie. — L'influenza a également fait son appasition en Algérie. On signale quelques cas très bénins à *Alger* et à *Bône*.

III. L'Influenza á l'Etranger.

Espagne. — On annonce de *Madrid* que l'épidémie d'Influenza » augmente d'une façon extraordinaire dans cette ville. Le gouvernement, préoccupé de cet état de choses, se dispose à prendre les mesures sanitaires voulues. La mortalité quotidienne a triplé. Les entreprises des pompes funèbres sont insuffisantes. On a été quelquefois forcé de transporter deux cadavres sur le même corbillard. De plus, à Madrid, du 21 au 26 décembre, il y a eu dans la capitale 684 décès, dont 413 par affections des voies respiratoires. On retarde l'ouverture de l'Université; plusieurs théâtres sont fermés.— L'épidémie augmente considérablement dans toutes les provinces: 30.000 personnes en sont atteintes à *Barcelone*.

Angleterre. — Les anglais prétendent que, jusqu'à ces temps-ci, l'épidémie d'Influenza, qui vient de faire son apparition à *Londres*, n'a pas le caractère de gravité qu'elle revêt sur le continent. Du reste, les cas, jusqu'à présent, sont assez rares. Au bureau de poste de Spring street, dans le quartier de Paddington, 30 employés sur 80, que compte la station, ont dû interrompre leur service. Dans l'ouest de la ville, ce sont les employés de commerce qui paraissent le plus éprouvés La maladie semble pourtant, jusqu'à présent, avoir un caractère très bénin.

Irlande. — L'Influenza a fait son apparition à *Dublin* sous forme assez bénigne : 60 employés des postes sont hors de service. Dans les familles les cas sont nombreux.

Amérique. — A *New-York*, on signale des centaines de cas.

Allemagne. — A *Kœnigsberg*, on constate plusieurs cas d'un caractère grave. L'Influenza sévit fortement sur la garnison de *Metz*. Le 38e et le 130e d'infanterie sont particulièrement atteints. L'hôpital militaire est bondé. On aménage des chambres spéciales dans les casernes pour recevoir les malades. Dans quelques-uns des régiments de la garnison de *Berlin*, la plupart des officiers sont malades. Dans les ateliers militaires de *Spandau*, il y a en ce moment 400 ouvriers malades sur 1,300.— A *Munich*, l'Influenza continue avec une intensité croissante, 200 malades ont été admis dans les hôpitaux dans la seule journée d'hier. Les trois jours précédents, le nombre des entrées dans les hôpitaux avait été de 51, 24 et 66. Le jour de Noël, 286 soldats de la garnison sont tombés malades. — A *Francfort-sur-le-Mein*, il y a eu 46 malades dans le personnel de l'Opéra, et 160 hommes dans la garnison. — Dans l'Allemagne du Sud, en somme, et spécialement dans le Wurtemberg, l'épidémie est devenue très violente ces derniers jours, et les cas de maladie se comptent actuellement par milliers.

Russie — A *Odessa*, où l'épidémie avait faibli pendant quelques jours, une recrudescence vient de se produire. 100.000 personnes environ sont atteintes, et la mortalité a augmenté considérablement.

Portugal. — L'Influenza augmente à Lisbonne.

Maroc. — Des nouvelles du *Maroc* annoncent que la maladie sévit à Fez.

En *Suisse*, l'épidémie prend un caractère très sérieux. Sur les lignes du Gothard et du Nord, le service des conducteurs est fait par des hommes d'équipe.

En *Autriche*, à *Vienne*, le directeur de l'hôpital général, M. Bohm, a dû prendre des mesures pour accueillir, malgré l'encombrement qui existe déjà, les nombreux malades que les médecins lui envoient. La maladie a pris une extension telle dans la Basse-Autriche que, conformément à un avis du conseil d'hygiène, toutes les écoles primaires ont dû être fermées ; elles ne seront rouvertes que le 7 janvier. — A *Pest*, les théâtres font relâche à cause des nombreux cas de maladie qui ont éclaté dans le personnel.

Roumanie. — On signale de nombreuses atteintes d'Influenza dans la population de *Bucarest*. On n'a pas encore constaté de cas graves. Dans la garnison, on comptait jusqu'à hier soir 1.557 cas à l'hôpital militaire dont 45 attaques graves. On compte 385 cas dans le deuxième corps d'armée.

Italie. — On écrit de *Rome* que quelques cas d'Influenza se sont produits dans cette ville et que l'épidémie prend de notables proportions dans ce pays, malgré tous les efforts tentés. On signale 400 cas à la *Spezzia*, 1000 à *Catan*, à *Modène*, on a du licencier l'école militaire; à *Milan*, épargné jusqu'ici, les habitants commencent à être frappés.

Ile de Malte. — Cette île est envahie aussi.

Danemark. — A *Copenhague*, d'après les rapports officiels des médecins, l'épidémie d'Influenza a été en décroissance sensible la semaine dernière. Pour toute la semaine dernière on n'a déclaré que 3.000 cas nouveaux environ. Jusqu'à présent l'épidémie n'a pas cessé d'avoir un caractère bénin.

Il faut avouer que dans cette 2e phase, l'épidémie semble prendre tout à fait les caractères de la grippe. On ne voit plus aujourd'hui les cas avec éruption, ou, s'il y en a, ils sont bien moins nombreux. La forme avec douleurs des genoux, céphalalgie intense, etc., devient rare. Cependant, quelques médecins de province songent encore, comme nous l'avons fait au début à la Dengue, dans certains cas.

Les complications de beaucoup les plus fréquentes sont les pneumonies (1) et les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires. La semaine dernière, sur une mortalité de 2,334, supérieure de 1,034 à la moyenne de la semaine correspondante dans les 5 années précédentes, nous avons à enregistrer 346 décès par pneumonie, 138 par broncho-pneumonies, 421 par phtisie pulmonaire, au lieu des chiffres de 133, 46, 212 se rapportant à la semaine précédente. On voit donc que, malgré les déclarations optimistes de certaines personnes, l'épidémie continue à faire dans la population parisienne des ravages sérieux. Il s'agirait là, sinon d'infections secondaires, du moins d'infections provenant de sujets placés dans de mauvaises conditions de résistance, grâce à la *température actuelle* ; ce qui, à notre avis, n'est pas une explication. Ce n'est là qu'une hypothèse, d'ailleurs purement gratuite, qu'on invoque pour cacher son ignorance et le manque d'expériences probantes.

Nous publions ci-dessous *in extenso* le rapport adressé ces jours-ci au Ministre de l'Intérieur par M. le Dr Proust, rapport approuvé par le comité de direction des services sanitaires:

Paris, 30 décembre 1889.

Monsieur le Ministre,

En réponse à votre lettre en date de ce jour, j'ai l'honneur de vous fournir les indications suivantes: L'émotion provoquée par l'épidémie actuelle ne doit pas trop étonner. A toutes les époques, en effet, où elle s'est montrée, la grippe a toujours été un événement médical important. Une épidémie qui s'abat en quelques jours sur toutes les capitales de l'Europe et gagne rapidement le nouveau monde, qui désorganise tous les services, ne peut pas ne pas éveiller d'inquiétude. Au début, l'épidémie fut remarquable par le peu de durée et le peu de gravité des accidents. Beaucoup de collectivités (lycées, collèges, etc.), qui ont compté des centaines de malades, n'ont pas eu à enregistrer un seul décès ni même un seul cas grave. Mais bientôt aux formes nerveuses et gastriques du début s'ajoutèrent des déterminations laryngées, bronchitiques et pulmonaires.

Ces complications, les congestions pulmonaires, les fluxions de poitrine et les pneumonies, ont été surtout observées chez les personnes qui, grippées, avaient continué de se livrer à leurs occupations ou les avaient reprises trop tôt, ou qui, encore souffrantes, s'étaient exposées au froid ; enfin, chez des individus affaiblis depuis longtemps déjà par l'age ou les maladies. C'est là, d'ailleurs, ce qui a été constaté dans la plupart des épidémies antérieures. Dans l'épidémie de 1733, la maladie ne se montra pas dangereuse par elle-même; cependant elle fit périr un grand nombre de vieillards, de phtisiques indigents et d'autres personnes affaiblies par les maladies. « Dans l'épidémie de 1743, la maladie, quoique très

(1) Voir à ce sujet la thèse assez récente de M. le Dr Ménétrier.

répandue, ne fut pas dangereuse. Dès le troisième ou quatrième jour, elle cédait aux soins convenablement dirigés ; le traitement était. en général, plus l'affaire du régime que d'une médication particulière. Il ne mourut guère que des sujets vieux ou affaiblis depuis longtemps par des maladies graves, ou ceux chez lesquels une indisposition fâcheuse avait permis le développement d'une pneumonie, ou quelques enfants atteints d'affections pulmonaires. » (Huxham.)

Il en a été de même de l'épidémie de 1762 (Monro). Il n'y a donc pas de différences très appréciables entre ce que nous voyons aujourd'hui et ce qui se passait autrefois. Cependant, on note depuis quelques jours, dans l'épidémie actuelle, quelques formes infectieuses d'une gravité exceptionnelle. Bien que la mortalité de Paris et des différentes villes dans lesquelles la grippe est observée en ce moment se soit élevée, on ne peut pas dire cependant que l'épidémie actuelle soit une épidémie très grave. La mortalité qu'elle provoque, ou plutôt que ses complications provoquent, est minime relativement au nombre des individus atteints. A peine un décès sur 1,000. Le chiffre de la mortalité diminuerait si, lorsqu'on est atteint par la grippe, on ne commettait pas la faute de continuer à subir l'action du froid, si l'on se soignait immédiatement, si on surveillait sa convalescence, et si, en un mot, on ne s'exposait pas, étant simplement grippé, à voir dénaturer ou aggraver son mal par des imprudences.

Ainsi donc, se vêtir chaudement dès que l'on est grippé, ne pas s'exposer au froid, se traiter immédiatement, surveiller sa convalescence, tels sont les conseils qu'il y a lieu de donner. Si ces conseils sont suivis, on verra disparaître dans une proportion considérable les complications de l'épidémie actuelle, qui ne sera pas plus grave alors que les épidémies antérieures de grippe et pas plus grave non plus qu'elle n'était au début. Il importe donc que l'Assistance publique, les bureaux de bienfaisance et toutes les œuvres charitables multiplient en faveur des indigents, dans la direction indiquée plus haut, tous les moyens de secours. Veuillez agréer, etc. *L'Inspecteur général des services sanitaires,*

A. PROUST.

On nous a accusé de vouloir reconnaître de la Dengue là où des Académiciens et des Médecins de la marine affirmaient qu'il n'y avait que de la Grippe. Or, voilà que d'autres médecins de la marine qui, ceux-là, n'exercent pas à Paris, mais au bord de l'eau et sur les navires de l'Etat, paraissent fort enclins à admettre l'opinion que nous avons soutenue au début, à savoir l'existence concomitante de deux épidémies (Grippe et Dengue atténuée). Il nous suffira de citer les noms de MM. les Drs Corres, Duchâteau (de Brest) et de M. le Dr Danguy des Déserts, médecin-major du vaisseau école *La Bretagne*, mouillé en rade de Brest, aux côtés du *Borda* (1). D'ailleurs, à l'étranger, l'accord n'est pas si unanime qu'on a eu l'air de le dire. A Berlin, quelques médecins déclarent qu'il existe à la fois de la grippe et de la dengue. Donc, avec certains de nos confrères, nous pensons que M. Proust est un peu trop affirmatif, quand il jette par-dessus bord les observations recueillies par des hommes comme MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz, etc. Nous prions nos lecteurs de province et de l'étranger de vouloir bien nous adresser tous les renseignements qu'ils croiront de nature à éclaircir la question de la nature de l'épidémie et de relater les cas de contagion qu'ils pourraient observer, à l'exemple de ceux publiés déjà par MM. Bordone et Danguy des Déserts (*Semaine médicale*, n° 1, p. 5). Nous les en remercions vivement à l'avance. Marcel BAUDOUIN.

Hôpitaux de Paris.

(L'Assistance au Conseil municipal).

En l'absence de M. Strauss, le rapport qu'il avait preparé sur le budget spécial de l'Assistance publique a été présenté par M. Chassaing au Conseil municipal de Paris, dans une des dernières séances de la semaine.

Ce rapport constate que depuis 1879, c'est-à-dire en dix ans, la majoration du budget de l'Assistance a été de 5,787,360 fr. Il est aujourd'hui de 31,987,585 francs 50 à l'ordinaire. Les secours à domicile ont plus que doublé dans la même période; ils seront pour 1890 de plus de 5 millions. Il ajoute qu'une catégorie nouvelle de dépenses a été ouverte par l'*application de la méthode antiseptique*. Il se demande si les chefs de service n'ont pas exagéré au début certaines dépenses de pharmacie. Leur manière de procéder influe d'ailleurs d'une manière générale sur l'échelle des dépenses. C'est ainsi que les frais d'antipyrine ont monté de 116 fr. en 1884 à 46,365 fr. en 1888. Grace à la mise en adjudication, la dépense est tombée pour 1890 à 46,000 fr. Tous les hôpitaux sont pourvus d'eau de source, dont la dépense s'élève à 290.000 fr. Le rapporteur propose, entre autres réformes, l'organisation de *consultations externes*, afin de diminuer l'encombrement des hôpitaux. Un débat s'engage sur la *laïcisation des hôpitaux*. Le rapporteur a déclaré qu'elle n'a pas seulement pour but le remplacement des religieuses par des laïques, mais encore la *création d'écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières* qui étaient nécessaires même avec les sœurs, puisque celles-ci n'étaient chargées que de la surveillance, et l'amélioration du sort des employés subalternes.

M. le directeur de l'Assistance publique a profité de l'occasion pour donner quelques renseignements sur la situation actuelle des hôpitaux. L'encombrement qui a été signalé est habituel à cette époque-ci de l'année ; il n'y a guère que 200 à 250 lits supplémentaires en ce moment. Il y a, il est vrai, une recrudescence dans les maladies traitées à domicile, mais cela est dû aux secours donnés par le Conseil aux victimes de l'épidémie actuelle.

Le budget de l'Assistance publique a été voté sans modifications. Nous lui empruntons encore quelques indications intéressantes. C'est d'abord la comparaison entre la population hospitalière de 1879 et celle prévue en 1890 :

	1879	1890	Augmentation.
Nombre de lits	18.444	21.966	3.522
Nombre de journées	6.171.123	7.386.760	1 215.637

Les versements sous la forme de « droit des pauvres » prévus en 1890 s'élèvent à 3,100,000 fr. La prévision pour 1889 avait été, en raison de l'Exposition universelle, de 3,318,000 fr. Les recettes du droit des pauvres constatées en 1888 ont été de 3 millions 23,430 fr. 17. La commission invite l'administration à une sévérité plus grande dans la perception de cet impôt. Elle se plaint que certains abonnements mensuels soient consentis au profit des bals publics à 10 ou 15 0/0, alors que la loi exige la perception du taux de 25 0/0 sur les recettes brutes de tout établissement de plaisir. On sait que l'Assistance publique a à percevoir un droit sur les opérations de pari mutuel aux courses des chevaux. Il a été décidé que ce droit, qui est de 2 0/0, serait attribué pour les 2/3 à l'Assistance publique de Paris ; ils représentent une somme de 903,000 fr. pour 1887 et 1888. On compte pour 1889 sur une plus-value de 70,000 fr. sur 1888.

Académie des Sciences.

Prix. — Cette semaine a eu lieu la séance générale annuelle de l'Académie des sciences. Voilà la liste des prix décernés à des médecins, ou qui intéressent tous ceux qui s'occupent des sciences biologiques. — *Physique* : Prix L. La Caze : M. Hertz. — *Statistique* : Prix Montyon, 2 prix : l'un à MM. Petitdidier et Lallemand, l'autre à M. le Dr F. Ledé. — Mention très honorable: M. Dislère — Citation honorable: MM. les Drs Chauvel, Senut et Mireur. — *Chimie* : Prix Jecker : le prix est partagé entre MM. A. Combes, R. Engel et A. Verneuil. — Prix L. La Caze : M. F.-M. Raoult. — *Géologie* : Prix Delesse : M. Michel Lévy. — *Botanique* : Prix Desmazières : M. Bréal. — Prix Montagne : MM. Ch. Richon et Ern. Roze. — Prix Thore : MM. de Bosredon et Ferry de la Bellone. — *Agriculture* : Prix Vaillant : M Ed Prillieux. — *Anatomie et zoologie* : Grand prix des sciences physiques, partagé entre MM. Félix Henneguy et Louis Roule. — Mentions honorables : MM. le Dr de Beauregard, M. E. Maupas et à l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : « C'est là ce qui m'a décidé et... » — *Médecine* et *Chirurgie* : Prix Montyon : trois prix à MM. A. Charrin, A. Kelsch et P.-L. Kiener et à M. Basile Danilewski. — Trois mentions honorables : à MM. F. Widal, Ch. Sabourin et Jules Arnould. — Des citations sont accordées à MM. Ad. Nicolas, Jules Boeckel, A. Rémond (de Metz), Legendre, Barette et Lepage et à M. H.-L. Petit. — Prix Bréant : M. Laveran. — Prix Barbier : partagé entre MM. E. Duval, Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen. — Prix Godard : M. A. Le Dentu. — Mention très honorable : M. Th. Tuffier. — Prix Lallemand : M. Paul Loye (1). — Brix Bellion : partagé entre MM. F. Lagrange, Laborde et Magnan. — Prix Mège : les intérêts de la fondation sont accordés, à titre d'encouragement, à M. le Dr Auvard. — *Physiologie* : Prix Montyon : M. A. d'Arsonval. — Mention honorable : M. G. Moussu. — Prix L. La Caze ; M. François Franck. — Prix Pourat : MM. les Drs Johannes Gad et J.-F. Heymans. — Prix Martin Damourette ; M. J.-V. Laborde. — *Géographie physique* : Prix Gay : M. Drake del Cas-

(1) Voir *La Clinique* (de Bruxelles), 26 déc. 1889, qui dit : « On chercherait en vain dans les classiques la description d'un aussi étrange. »

(1) Toutes nos félicitations à notre collaborateur, couronné pour son ouvrage sur : *La mort par la Décapitation.*

tillo. — Mention très honorable : M. L. Crié. — *Prix généraux* : Prix Montyon, arts insalubres, mention très honorable : M. Randon — Prix Tremont : M. Jules Morin. — Prix Gegnier : M. H. Toussaint.— Prix Petit d'Ormoy, sciences mathématiques : M. Paul Appell ; sciences naturelles : M. Jean-Henri Fabre, etc., etc.

FORMULES

Médicaments cardiaques.

I. — R : Extrait alcoolique de Chimaphila umbellata. 20 gr.
Poudre de réglisse. . . . . 9 —
F. s. a. 60 pilules.
D. s. 2 pilules toutes les heures.

Cette substance, dont les effets diurétiques sont surtout marqués à la période systolique des affections cardiaques, n'est pas toxique et l'accumulation n'a pas lieu (*Gaz. méd de Liège*, 26 déc.).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 déc. 1889 au samedi 28 déc. 1889, les naissances ont été au nombre de 1,317 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 486 ; illégitimes, 193, Total, 679. — *Sexe féminin :* légitimes, 462 ; illégitimes, 176, Total, 638.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 déc. 1889 au samedi 28 déc. 1889, les décès ont été au nombre de 2334 savoir : 1324 hommes et 1010 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 32, F. 17. T. 49. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 9, F. 12 T. 21. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 7, F. 10. T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 17, T. 32.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 286, F. 135, T. 421. — Autres tuberculoses : M. 15. F. 15 T. 30 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 42. T. 63. — Méningite simple : M. 21, F. 15, T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 43, F. 38, T. 81. — Paralysie : M. 7, F. 6. T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 9, T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 65, F. 57. T. 122. — Bronchite aiguë : M. 78, F. 54. T. 132. — Bronchite chronique : M. 64, F. 63. T. 127.— Broncho-Pneumonie : M. 70, F. 68. T. 138. — Pneumonie : M. 186. F. 160. T. 346.— Gastro-entérite, biberon, M. 30, F. 11. T. 41. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4. T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 19, T. 37. — Sénilité : M. 27, F. 46. T. 73.— Suicides : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres morts violentes : M. 9. F. 4. T. 13. — Autres causes de mort : M. 279. F. 180. T. 459. — Causes restées inconnues : M. 13, F. 9, T. 22.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 128, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 56, illégitimes, 19. Total : 75 — *Sexe féminin :* légitimes, 29 : illégitimes. 24. Total : 53.

Faculté de médecine de Paris. — *Vacances.* — A l'occasion des fêtes du jour de l'An, les cours de la Faculté ont vaqué du dimanche 29 décembre au dimanche 5 janvier. Reprise des cours le 6 janvier. — *Travaux pratiques d'histologie.* MM. Martin-Duz et de Grandmaison sont nommés aides-préparateurs des travaux pratiques d'histologie en remplacement de MM. Legrand et Binot, démissionnaires.

Hôpitaux de Paris. — *Mutations.* — En raison de la retraite de M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux, M. le Dr Schwartz, chirurgien de Bicêtre, passe à la Maison de Santé et M. le Dr Segond, chirurgien du bureau central, est nommé chirurgien de Bicêtre.

Concours des Prix de l'Internat (médaille d'or de chirurgie). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Rieffel, interne de 4e année à Saint-Louis, prosecteur de la Faculté. A l'épreuve des mémoires, M. Rieffel avait obtenu 27 ; M. Vignard, 26 ; M. Jonnesco, 28. A l'épreuve écrite, M. Jonnesco a obtenu 26 ; M. Rieffel, 29. M. Vignard a abandonné le concours à la 3e épreuve. Rappelons que le prix Oulmont (Académie de médecine) est accordé cette année à la Médaille d'or de chirurgie.

Concours de l'Externat. — Les questions posées à l'épreuve orale de pathologie dans ces dernières semaines ont été : *Cathétérisme de la vessie chez l'homme ; — Des appareils plâtrés.*

Hôpital Boucicaut. — M. le directeur de l'Assistance publique a déclaré à l'une des dernières séances du Conseil municipal, qu'il va bientôt être en mesure d'exécuter dans sa lettre et dans son esprit le testament de Mme Boucicaut en *fondant un hôpital* qui portera le nom de cette femme de bien. La construction de cet *hôpital modèle* sera mise au concours. (Voir ce que nous disions plus haut, p. 5, de l'application de l'électricité dans cet hôpital).

Dons. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu, de la chambre des commissaires-priseurs, la somme de 1,000 francs pour les pauvres des 20 arrondissements de Paris. Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris a reçu de M. et de Mlle A. T., une somme de 26,000 francs pour les pauvres des vingt arrondissements de Paris. Rappelons que tous les ans ces bienfaiteurs anonymes font la même générosité — M. de Camondo vient de faire parvenir aussi à M. le directeur de l'Assistance publique, à Paris, une somme de 10,000 fr. pour les pauvres des divers arrondissements de Paris. —MM. de Rothschild ont décidé de mettre à la disposition de l'Assistance publique une somme de 100,000 fr. Détail assez curieux, la lettre annonçant ce don a été remise à M. le préfet de la Seine, en séance, au moment même où M. Gamard demandait qu'un supplément de 60,000 fr. fût ajouté aux 40,000 fr. consacrés par l'Assistance publique (1) à secourir les familles atteintes par l' « influenza ». La question a reçu ainsi tout à coup la solution la plus heureuse.

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur.* — Sont nommés, à l'occasion de la nouvelle année, *Commandeurs :* M. Mourlon, médecin principal de première classe ; *Officiers de la Légion d'honneur :* MM. le médecin-major de 1re classe de la territoriale, Percheron ; Moris, pharmacien en chef de la marine ; MM. les Drs Cros, Massoutié, Bertelé, Flamant, Dumayne, Lepage (médecins militaires) ; M. Judicis, pharmacien. — *Chevaliers de la Légion d'honneur :* MM. Bureau, docteur-médecin à Kouba (Algérie) ; Leclerc, docteur-médecin à Fère-en-Tardenois ; Neumann, docteur-médecin, membre de la Société de l'Union des femmes de France ; M. le Dr Rémy, chef des travaux pratiques d'histologie et professeur agrégé à la Faculté ; M. le Dr Lejaune, médecin de la marine en retraite ; M. Gariel, directeur de la santé dans la régence de Tunis ; M. Grosclaude, médecin de l'armée territoriale ; MM. les Drs Franck, Malinas, Salvetat, Forgues, Quivogne, Coluenne, Lesbros, Camus, Kaufmann, Gaillard, Aimard-Fortinière, Belhomme, Tournade, Alban, Schmidt, Fabre, Vercourtre ; MM. Sauvaire, Fromond et Raby, pharmaciens ; MM. les Drs Clarac, Nodier, Palasne de Champeaux, Boutin, Guérard de la Quesnerie (médecins de la marine) ; — Sicard, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

Officiers de l'Instruction publique.—MM. les Drs Découquans (Aurillac), Kelsch, professeur au Val-de-Grâce, Leblond (E.), (Paris), Hardy, chef des travaux chimiques à l'Académie, Roy (Melun), Brongniart, préparateur au muséum, Jullien (J.) (Paris), Neis, médecin de la marine, Chatin, Y. Delage et Dastre (Sorbonne), Pr Prunier (école de pharmacie), Pr Giard, Sauvage (Marseille), Léon Testut (Lyon), Grynfelt (Montpellier), Malassez, Suchard, Vignal (collège de France), Cocquet (Paris), La Vieille (Paris), M. Guirochet, pharmacien de la Pitié.

Officiers d'Académie. — MM. le Dr Barrabé (Domfront), Blockberger (Notre-Dame de Franqueville), Bœll (Baugé), Bouhon (Royan), Burot (Rochefort), Danthon (Montluçon), David (Lagrandière), Delfau (Villeneuve d'Aveyron), Deschamps, médecin-major, Dubar (Armentières), Fonteneau (Oran), Forichon (Montet), Lassaigne (Tournon), Lestage (Aïn-Bessem), Marty (Narbonne), Moty, médecin militaire, Perotin (La Chataigneraie, Vendée), Perrin (Argentan), Pierron (Chazy d'Azergues), Piot (Aiguebelle), Schneider et Shœhl (médecins militaires), Vagnat (Briançon) Beaurieux (Orléans), Louis Capitan (Paris), Chevalet (Paris), X. Gouraud (Paris), Labat (Toulouse), Leroy (Fransat), Goubet (Paris) ; M. Lafontaine, directeur de l'hôpital de Mustapha ; M. Pipet, pharmacien (La Bourboule) ; M. Bruneau, pharmacien (Paris) ; Mlle Demamielle, sage-femme à Paris, Mme Redon de la Grandière, directrice d'une maison de santé à Sceaux ; — MM. les Drs Groussin (Bellevue-Meudon), Haussmann, médecin en Algérie, Ladevèze (Saint-Florent), Leprévost (Havre), Maison (Vésinet), Marchant, chirurgien des hôpitaux, Masson (Paris), Mérijot (Paris), Arluison (Ozouer La Ferrière), Feulard (Paris), Rouillard (Paris), Carton, médecin militaire, Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux, Prasvot et Salet (Faculté des sciences de Paris), Hanot, médecin des hôpitaux, Martha (Paris), Barthélemy (Paris), Vincent (Alger), Rondot (Bordeaux), Franchebois (Besançon), Cerné (Rouen), Bousquet (Clermont), Mayet (Lyon), Vinay (Lyon), Morel (Lyon), Levrat (Lyon), Carrioux Soubeiran (Montpellier), Viguier (Montpellier), Langlais (Nancy), Chédevergne (Poitiers), Petit (Rennes), Jeannel (Toulouse), Nègre, Rouvier et de Brun (Beyrouth), Viron (Paris), Lambour et Millot (Muséum), Hache (Brest), Barrandon (Fac. de Montpellier), Ley (Paris), Jasson (Nancy), Serraud (Paris), Bérillon (Paris), Dessouteix, fabricant

(1) Voir votre dernier numéro.

d'instruments de chirurgie, Helme (Paris). Morin (Paris), Beurnier (Paris), Mendousse (Sos). Laborde, pharmacien de la Santé, Ravier (Savigny en Sancerre).

Hopitaux militaires. — La *Société française de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer* vient de terminer, à Bordeaux, l'organisation d'un hôpital de répartition placé près de la gare du chemin de fer d'Orléans et communiquant avec cette ligne par des voies ferrées qui permettraient d'amener les blessés directement des champs de bataille à l'hôpital, d'où ils doivent être répartis dans les différents hôpitaux sédentaires dès qu'ils peuvent être transportés. Cet établissement, qui contient deux cents lits, est le premier créé en France, et va servir de modèle à d'autres installations semblables.

Le choléra en Mésopotamie. — Voici le nombre des décès de l'épidémie, d'après la *Gazette des hôpitaux de Constantinople*, du 28/9 novembre 1889. Décès antérieurs, 6,996. Bagdad (5-7 nov.), pas de mort ; du 8, 1 mort ; Suleymanié (4 au 6), 4 morts ; Ravendouz (4 au 6), 4 morts ; Bacouba (5 nov.), 1 mort ; Mindié (4 nov.), 1 mort ; Karkasyd. (4 nov.), 3 morts ; Coubeissa (1 au 2), 8 morts ; total général, 7.029.

Récompenses. — L'Institut des sciences de Milan avait établi un concours international d'une valeur de 1,500 francs, pour le meilleur travail concernant l'*hypnotisme*. L'Institut de Milan vient de décerner ce prix au mémoire français présenté par M. R. Regnier, interne des hôpitaux de Paris et M. le Dr de Grandchamps. Nous adressons toutes nos félicitations à notre ami et collaborateur, L. R. Regnier.

Missions scientifiques. — MM. de Baye et Cartailhac sont chargés d'une mission à l'effet de représenter le Ministère de l'Instruction publique à la huitième session du Congrès archéologique qui doit s'ouvrir à Moscou le 8 janvier 1890. — M. Lix est chargé d'une mission d'exploration dans la Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Bretagne, la Nouvelle-Irlande et les îles voisines. — M. Balansa, naturaliste, est chargé d'une mission au Tonkin, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat. — M. Berger, attaché militaire à l'ambassade de France à Constantinople, est chargé d'une mission archéologique en Syrie, dans la Mésopotamie et la Russie transcaucasienne.

Société zoologique de France, 7, rue des Grands-Augustins, 7. — Tableau indicateur des jours de séance. Les Séances se tiennent les 2e et 4e mardis de chaque mois à 8 heures précises du soir année 1890. — Janvier, 14 et 28 ; février, 11 et 25 ; mars, 11 et 25 ; avril, 8 et 22 ; mai, 13 et 27 ; juin, 10 et 24 ; juillet, 8 et 22 ; août, vacances ; septembre, vacances ; octobre, 28 ; novembre, 11 et 25 ; décembre, 9 et 23 ; jours d'ouverture de la bibliothèque : lundi, mercredi, vendredi, de 11 à 5 heures. — Secrétaire-général : M. le Prof. R. Blanchard, 32, rue du Luxembourg. Trésorier : M. C. Schlumberger, 21, rue de Cherche-Midi. Président : M. le Baron J. de Guerne.

Récompenses. — *Médailles*. M. le Ministre de l'intérieur vient d'accorder : *Médaille d'or*, M. le Dr Fargier-Lagrange (Bourkika) ; — *Médailles d'argent*, M. le Dr Roussel (de Koléa) ; — *Mentions honorables*, M. le Dr Keraudren (Pewos-Guinée) ; — M. Dastan, étudiant en médecine à Toulouse.

L'hygiène dans l'enseignement secondaire. — Désormais on fera aux élèves de philosophie des lycées une heure par semaine, pendant le semestre d'été un cours d'hygiène. On y traitera de *l'eau*, de *l'air*, des *aliments*, des principales *maladies contagieuses de la vaccination*, de quelques questions de *police sanitaire des animaux*. Autant apprendre cela à nos vieux lycéens plutôt que de leur enseigner les beautés de la *Raison pure* ou de leur faire comparer Scheaskpeare à Hugo !

Nécrologie. — M. le Dr H. Roussel, ancien externe des hôpitaux, membre de la Société de médecine pratique, âgé de 23 ans, à Paris. — M. le Dr Binet, une des illustrations du corps médical suisse, vient de mourir à Genève Il avait été élève de Velpeau, interne des hôpitaux de Paris, médaillé lors de l'épidémie de choléra à Paris en 1850. Il fut décoré de la Légion d'honneur en 1871, pour le zèle avec lequel il soigna les soldats français dans l'ambulance Schlumberger. — M. le Dr Frédéric Recordon (de Lausanne, Suisse), un des médecins les plus connus du canton de Vaud. — M. le Dr Richard, médecin de l'Opéra, à Paris. — M. le Dr Bastide (de Pointe-Saint-Sulpice) ; — M. le Dr Frère (de Paris) ; — M. le Dr Fontaine (de Compeaux) ; — M. le Dr Gabriel (de Haroné) ; — M. le Dr Heymann (de Stockholm) ; — M. le Dr Paolo Colucci-Bey, ancien vice-président de l'intendance générale sanitaire en Egypte ; — M. le Dr Antal, professeur des maladies des organes génitaux-urinaires à l'Université de Budapesth. — M. Leclair, étudiant en médecine, qui vient de succomber asphyxié par un poêle à faible tirage. — On annonce la mort de M. Oswell Livingstone, le dernier survivant des fils du célèbre explorateur, docteur lui-même. M. Oswell Livingstone, né dans le sud de l'Afrique, il y a environ quarante-cinq ans, s'était établi comme médecin, depuis plusieurs années, à Saint-Albans. Il a succombé à une maladie de poitrine. — M. le Dr Blondeau, un des médecins connus de Paris, est mort subitement à l'âge de 57 ans. Il était médecin de la Comédie-Française.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1889 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 2. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 JANVIER 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des Uréthrites chroniques blennorrhagiques (1);

par le Dr P. BAZY, chirurgien des hôpitaux.

Quand ce symptôme existe et qu'il est révélé par le malade, il a évidemment une haute valeur; mais même avec un écoulement relativement assez abondant (il ne s'agit jamais que de gouttes) venant de l'urèthre postérieur, il peut ne pas exister, soit que les malades ne l'accusent pas, soit qu'il n'existe pas en réalité et, en fait, dans un certain nombre de cas, l'écoulement se fait d'une façon continue; comme on peut l'observer chez certains malades atteints d'uréthro-cystite non blennorrhagique (un de mes malades, qui avait un de ces écoulements, l'appelait un catarrhe de vessie) ou d'un abcès de la prostate, ou chez ceux qui ont une fausse route de la prostate et chez lesquels on voit le sang sourdre à l'extérieur goutte à goutte.

A ces signes, M. Guyon en ajoute un auquel il attache une grande importance, et auquel pour mon compte j'en attache une plus grande encore peut-être : celui qui, dans ma pratique, me guide et me dispense de manipulations souvent pénibles pour le malade : je veux parler de la *fréquence des mictions*, non pas au moment seulement où on observe le malade, mais aussi au *moment de la période aiguë*, au *déclin* de la *période aiguë*, ou même *après* cette période, depuis le moment où la blennorrhagie a été réduite à l'état de goutte jusqu'au moment où on observe le malade.

En d'autres termes, quand on interroge le malade on retrouve dans son histoire, depuis la dernière blennorrhagie ou à partir de l'une de ces blennorrhagies ou de son unique uréthrite, on retrouve un moment, une phase de cette histoire où il a existé de la fréquence des mictions, des douleurs en finissant d'uriner. Ce commémoratif n'existe pas toujours; mais alors il est remplacé, comme nous le verrons par d'autres, qui, du reste, peuvent exister avec lui.

Dans tous les cas, j'attache pour mon compte une grande importance à la constatation de ce commémoratif, parce que j'ai dû considérer, afin de pouvoir les guérir, comme atteints d'uréthrite profonde des malades, chez lesquels le talon de la boule exploratrice ne ramenait rien de l'urèthre profond, qui, par conséquent, n'avaient pas d'écoulement et qui n'avaient que des filaments dans le premier jet et la première goutte d'urine laiteuse.

Aussi, en présence d'une uréthrite rebelle, je pose ces trois questions au malade : « A un moment donné (pendant ou depuis votre première blennorrhagie, ou depuis ou pendant l'une de vos blennorrhagies, ou depuis ou pendant votre blennorrhagie), avez-vous eu des envies fréquentes d'uriner? avez-vous souffert en finissant d'uriner? ou bien en commençant? (La douleur au début de la miction au moment où le col s'entr'ouvre, où l'urèthre prostatique est distendu par l'urine avant que l'urèthre membraneux ne s'entr'ouvre et où celui-ci s'entr'ouvre, cette douleur, dis-je, est pour moi un signe d'uréthrite profonde). » Enfin la troisième question est celle-ci : « Avez-vous une orchite? » Qui dit orchite dit envahissement de l'urèthre profond.

A côté de ces questions, il en est quelques-unes d'accessoires et qui peuvent être utiles parce qu'elles peuvent se rapporter à un fait qui a produit une impression plus ou moins vive sur le patient, telle que : « Avez-vous uriné du sang en finissant? » Mais la réponse à cette question ne peut avoir de valeur, depuis que j'ai démontré que l'hématurie terminale pouvait provenir de l'urèthre antérieur (*Semaine médicale*, 30 octobre 1889), qu'autant que cette hématurie s'est répétée plusieurs fois et s'est accompagnée de fréquence et de douleur de miction. Je vais même plus loin actuellement, et je ne suis pas éloigné d'admettre que toute blennorrhagie qui dure longtemps, quoiqu'elle ne soit pas entretenue par une mauvaise hygiène, par l'absence de traitement ou par un mauvais traitement, est une blennorrhagie qui a atteint l'urèthre postérieur. Chacun sait qu'une blennorrhagie de l'urèthre postérieur est beaucoup plus difficile à guérir qu'une blennorrhagie de l'urèthre antérieur, et je suis convaincu, sans avoir la preuve toutefois, que dans le cas d'inflammation simultanée de l'urèthre antérieur et postérieur, l'urèthre antérieur se guérit quelquefois spontanément, mais qu'il est réinoculé très rapidement par l'urèthre postérieur. J'avoue que je crois davantage, pour expliquer la longue durée des blennorrhagies, à l'influence de cette localisation et à celle d'une hygiène défectueuse, qu'à l'influence des diathèses. J'ajoute que toutes les fois qu'une blennorrhée, qu'une goutte militaire résiste aux moyens rationnels dirigés sur l'urèthre antérieur et à une hygiène rigoureuse, on peut être certain que l'urètre postérieur est pris. Par ce mot résister, j'entends d'une goutte qui reparaît spontanément sans raison apparente ou même après une raison valable, quelque temps après avoir disparu.

Je puis dire que ce dernier critérium ne m'a jamais trompé, dans les cas où j'ai eu à m'en servir, et j'ajoute que, dans la plupart de ces cas, les signes actuels de l'uréthrite postérieure n'étaient pas très accentués; ils devaient être recherchés et recevoir leur vraie signification négligée antérieurement. C'est du reste ce qui explique que la poursuite d'une blennorrhée puisse être, suivant l'expression de M. Guyon, indéfinie.

Il faut donc chercher plus qu'on ne m'a paru le faire en pratique, si, en présence d'une uréthrite chronique, l'urèthre postérieur est sain ou non, chercher les *moindres* manifestations de cette uréthrite postérieure, surtout si on a des raisons de penser que l'urèthre postérieur a été pris. Si je tiens compte de ces *minimes manifestations*, je ne suis pas porté à dire, comme l'a écrit M. Guyon : « *il n'est pas rare de voir complètement cesser* avec l'état aigu toutes les localisations postérieures et de ne retrouver que celles de l'urèthre antérieur (page 514). » C'est le contraire qui me paraît la vérité. Je pense, ainsi que je le disais plus haut, qu'on ne tient pas assez de compte de ces *mini-*

(1) Voir *Progrès médical*, n° 1, 1890.

mes manifestations, de ces filaments que les malades viennent vous montrer dans leurs urines. J'ai vu des sujets n'ayant d'autres troubles morbides dans leurs urines que ces filaments, venir ou revenir me voir, qui, avec la goutte matutinale, qui, avec plusieurs gouttes dans la journée, d'autres même avec de véritables suintements ou écoulements, qui avec des cystites du col plus ou moins intenses : donc, ces minimes manifestations, qui sont des quantités négligeables, qui ne comptent pas pour quelques auteurs, qui leur font admettre que les localisations postérieures de l'uréthrite cessent avec l'état aigu, ces minimes manifestations, dis-je, constituent un danger.

La constatation de ces derniers faits et la possibilité pour ces uréthrites larvées de donner lieu à des manifestations aiguës, en apparence spontanées, m'a rendu sceptique à l'endroit des écoulements uréthraux d'origine rhumatismale ou des cystites rhumatismales. Je crois avoir démontré dans la thèse de Champeil (Paris 1888) que beaucoup de cystites survenant à un âge plus ou moins avancé et très longtemps, 15, 20, 30 ans et plus après une blennorrhagie, reconnaissent pour cause cette blennorrhagie ; j'ai montré dans ce travail, fait presque exclusivement avec des observations de ma pratique et sous mon inspiration directe, qu'on pouvait presque toujours remonter à l'origine du mal et retrouver de temps en temps des traces atténuées, faibles, effacées de la cystite, maintenant pénible et tenace pour laquelle on est consulté.

La conclusion que Champeil n'a pas rigoureusement déduite de son travail, c'est qu'il ne faut considérer une blennorrhagie aiguë ou chronique comme définitivement guérie, que s'il n'y a rien ou presque rien dans la première partie de la miction du matin, quand le canal n'aura pas livré passage à l'urine depuis plusieurs heures. La constatation de cette guérision ne paraît d'autant plus importante que la question de la contagion des écoulements chroniques est loin d'être résolue. Pour mon compte, je ne puis m'empêcher d'avoir présent à l'esprit le cas d'un officier russe qui se marie, étant encore atteint d'une toute petite goutte matutinale qui durait déjà depuis longtemps avec des périodes d'interruption et qu'il négligeait de soigner, parce qu'elle était devenue rebelle à toute médication. Quelque temps après le mariage, sa femme était atteinte de pertes blanches, de métrite et de salpingite, diagnostiquées non seulement par les médecins russes, mais aussi par des médecins français. Tous admirent l'existence de cette salpingite et la considérèrent comme blennorrhagique, y compris l'accoucheur fort distingué et très connu des hôpitaux de Paris qui m'envoya le mari. Ce pauvre homme qui avait été soigné, en Russie, par des instillations répétées et à très haute dose, avait poussé, on pourait dire le sentiment de l'expiation de sa faute, jusqu'à tolérer des instillations dans l'urèthre postérieur de solutions argentiques au 1/10[e] et même en Russie on était allé jusqu'à se servir de solutions au 1/5[e] ; il est vrai qu'il a été débarrassé de tout filament.

Si j'ai tant insisté sur ces faits, c'est qu'ils m'ont paru méconnus, au moins en pratique, par ceux-là qui théoriquement devraient le mieux les connaître. Tout récemment encore j'étais interrogé par un jeune médecin fort distingué et fort instruit sur ce qu'il y aurait à faire pour une goutte matutinale qui disparaissait, reparaissait, le plus souvent après un motif bien connu, d'autres fois sans raison apparente. Il avait été soigné par deux de ses jeunes collègues que le genre d'instruction chirurgicale qu'ils avaient reçu semblait devoir rendre tout à fait aptes à soigner et à guérir ces affections. Ils lui avaient fait l'un et l'autre dans l'urèthre antérieur des instillations qui avaient fait disparaître momentanément la goutte, comme le faisait du reste une hygiène rigoureuse, mais ne l'avaient pas guéri.

Je lui répondis immédiatement que son urèthre postérieur était pris. Il se hâta de me faire observer qu'effectivement il avait eu à plusieurs reprises des poussées de cystite peu violentes, il est vrai, mais dont une avait duré un ou deux mois. Comme je l'ai déjà dit, en pratique on peut soutenir que toute uréthrite chronique qui, malgré une hygiène rigoureuse, malgré un traitement rationnel général ou bien local et dans ce dernier cas, s'adressant à l'urèthre antérieur seul, toute uréthrite, dis-je, qui, malgré ce traitement, résiste, est une uréthrite postérieure. L'influence des diathèses sur la persistance et la ténacité du mal me paraît secondaire: si l'on est amené à les invoquer, c'est, je crois, qu'on néglige les petites manifestations de cette uréthrite. Je ne voudrais pas cependant nier l'influence de ces diathèses ; il est certain que ce sont elles qui favorisent la propagation de l'inflammation de l'urèthre antérieur à l'urèthre profond, qui éternisent cette inflammation quand elle n'est pas rationnellement traitée ; mais là, je crois, se borne leur rôle.

Je termine en m'excusant d'avoir été si long sur un sujet qui paraît si petit : mais il suffit de quelques années de pratique pour s'apercevoir qu'il est plus important qu'il n'en a l'air ; j'ajoute que j'ai cru devoir écrire cet article pour ramener les esprits aux vraies doctrines et à l'étude des faits, que c'est encore (qu'on me passe l'expression) pour mettre les points sur les i, pour accentuer des idées qu'on trouve exprimées dans les substantielles leçons de M. Guyon sur les uréthrites blennorrhagiques chroniques et que l'on parait trop souvent avoir oubliées. On pourra sur quelques points trouver des divergences entre les idées exprimées ici et celles de mon vénéré maître ; mais elles ne touchent pas au fond du sujet.

On conçoit, après ce qui vient d'être dit, que je sois bref sur le traitement, qui consistera surtout dans une hygiène rigoureuse, et dans l'emploi méthodiquement combiné des instillations au nitrate d'argent à dose plus ou moins élevée, et de la dilatation par les bougies. Se souvenir, quand il s'agit d'uréthrites seulement antérieures, que le succès n'est quelquefois obtenu qu'après avoir poussé la dilatation un peu loin. Se souvenir encore de rechercher tous les symptômes qui peuvent faire songer à l'uréthrite postérieure, et s'empresser de traiter directement l'arrière canal. Le meilleur moyen réside encore dans les instillations au nitrate d'argent en solution à 1/50 ; on sera quelquefois obligé de prendre des solutions au 1/30, rarement j'ai dû employer des solutions au 1/20 et au 1/15 ; mais un point sur lequel je veux insister, c'est qu'il m'a suffi dans quelques circonstances de traiter seulement l'urèthre postérieur pour voir disparaître des gouttes, des suintements qui, par la manière dont ils se produisaient, paraissaient venir de l'urèthre antérieur. Cependant, dans la plupart des cas, j'ai traité les deux urèthres. Les balsamiques, surtout dans les formes non douloureuses, ne m'ont pas paru exercer une grande influence. J'ai, dans un certain nombre de cas, retiré plus de bénéfices, surtout à la fin de la cure, de l'emploi d'eaux minérales anodines, comme celles de Pougues ou d'Evian, qui agissent comme diurétiques et font le lavage de l'urèthre profond.

Même, après la disparition de tout suintement, de tout trouble dans les premières gouttes d'urine, les malades doivent être très réservés, surtout relativement aux bons dîners ; un très léger excès de table suffit : pour tout remettre en cause, l'alcool est cent fois pire que la femme.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT**.

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1) :

II. — La nutrition dans l'hystérie pathologique.

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

I. — Jusqu'ici nos recherches ont porté sur la période des 24 heures de l'attaque hystérique, quelque forme que celle-ci revêtît : convulsive aux quatre périodes, chorée rhythmée, etc.

Le présent chapitre sera particulièrement consacré à l'étude de la nutrition dans la forme prolongée de l'attaque ou *état de mal hystérique*, si bien étudié au point de vue clinique par M. le Pr Charcot (2), et ultérieurement par MM. Bourneville et Regnard (3) et M. Paul Richer (*loc. cit.*). Rappelons que l'état de mal est caractérisé, d'une façon générale, par une succession plus ou moins continue d'attaques pouvant durer plusieurs jours, des semaines, des mois ou même, mais plus rarement, des années (4).

Le terme d'état de mal était jusqu'à présent réservé, dans la nomenclature de la Salpêtrière, aux cas prolongés où l'attaque revêtait plus spécialement la forme convulsive, épileptoïde, par exemple. Ce sont même ces cas analogues d'aspects avec les accès prolongés d'épilepsie qui avaient fait créer à M. Charcot le terme d'état de mal hystérique, état qu'il comparait dans ses Leçons — pour le mieux différencier d'ailleurs — avec l'état de mal épileptique.

Sans trop nous appesantir sur le côté clinique, il est nécessaire cependant de faire remarquer que, dans l'état de mal hystérique, ou mieux dans les cas plus particulièrement décrits sous ce vocable, l'attaque se trouve presque toujours bornée à l'une de ses périodes. Deux ou trois convulsions toniques, quelques secousses cloniques, un peu de stertor, constituent par exemple toute l'attaque. Cela explique, vu la très courte durée, qu'on puisse observer plusieurs milliers d'attaques dans les 24 heures, se groupant presque toujours par séries. De temps en temps se montrent, entre les séries, des intervalles variables comme apparition et comme durée, pendant lesquels la connaissance revient complète ou non, et souvent, à la fin d'un groupe d'attaques, se montre une attitude passionnelle qui permet à l'observateur attentif de reconnaître à son simple aspect la nature hystérique du mal.

Parfois, comme l'ont montré MM. Ballet et Crespin (*op. cit.*), l'attaque revêt les allures de l'épilepsie partielle, ce qui constitue *l'état de mal à forme d'épilepsie partielle* dont nous avons déjà parlé pour ne plus y revenir.

En ne considérant que la *première période* de la grande attaque hystérique, nous pouvons donc distinguer :

1° *L'état de mal à forme épileptoïde ;*

2° *L'état de mal à forme d'épilepsie partielle.*

La *seconde période* — des grands mouvements — n'entre guère en ligne de compte pour constituer un état de mal particulier. Quelquefois, dans l'état de mal épileptoïde, ou dans les autres formes d'état de mal que nous allons passer en revue, on peut voir s'esquisser un arc de cercle, mais bien moins souvent qu'interviennent, à l'état d'épiphénomènes, les attitudes passionnelles, par exemple.

La *troisième période* — des attitudes passionnelles — est susceptible de donner sa physionomie spéciale à des états de mal, on le comprend, fort variés d'aspect, parmi lesquels nous étudierons plus particulièrement l'état de mal à forme cataleptique, dont nous avons observé un remarquable cas.

Quant à la période délirante ou *quatrième période* elle donne lieu au délire hystérique, qu'on nommera mieux, lorsqu'il se prolonge, *état de mal délirant.*

Enfin, lorsque l'attaque se termine, il existe un moment où, avant de commencer un nouvel accès, le malade est plongé dans une sorte de stupeur, de sommeil, de léthargie, d'affaissement qui se prolonge rarement d'ordinaire au delà de quelques minutes. Dans certains états, au contraire, cette période de léthargie domine la scène morbide et l'attaque de sommeil, ou *état de mal léthargique ou de sommeil*, se trouve constituée.

Il va sans dire que, dans chacun de ces états de mal, on peut voir, comme l'a montré M. Charcot, s'enchevêtrer les symptômes propres à plusieurs d'entre eux ; c'est uniquement sur la dominante symptomatique des phénomènes d'une période que s'appuiera la classification.

On le verra, toutes ces formes si variées, méritaient au point de vue chimique — comme M. Charcot l'avait fait au point de vue clinique qui nous a guidé — d'être réunies sous le même terme général d'états de mal, de même que les phénomènes épileptoïdes, les grands mouvements, les attitudes passionnelles et le délire ne sont que les diverses périodes d'un unique état, la grande attaque hystérique. A chaque état de mal correspondra un qualificatif varié comme pour les diverses périodes de l'attaque, et voilà tout.

Les recherches qui vont suivre nous montreront, en effet, que l'état de mal léthargique le plus calme est identique, au point de vue biologique, à l'état de mal délirant le plus agité, de même que l'attaque épileptoïde est identique à l'attaque aux 4 périodes et celle-ci à l'attaque de chorée rhythmée. Bien plus, l'état de mal n'est aussi véritablement qu'une simple attaque, qui prolongée à la vérité, mais qui, même au terme ultime de sa prolongation, ne perd jamais les caractères chimiques ou vitaux que nous avons assignés à l'attaque hystérique.

Nous étudierons les états de mal hystérique en suivant l'ordre chronologique des différentes périodes de l'attaque.

A. *Première période.* — *État de mal hystérique à forme épileptoïde.* — C'est pour ainsi dire la forme classique de l'état de mal, celle qui a été particulièrement et si complètement étudiée par M. le Pr Charcot, à différentes reprises, celle qu'il a opposée d'une façon

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 et nos 18, 19, 25, 1889.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 377, et suiv.

(3) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II.

(4) Gilles de la Tourette. — *Des attaques de sommeil hystérique*. *Arch. de Neur.*, no 43, 44, 1888.

si magistrale à l'état de mal épileptique avec lequel on la confondait avant lui.

La malade chez laquelle nous avons observé, à deux reprises, cet état de mal, est la même dont MM. P. Marie et Souza Leite ont rapporté l'histoire (1). Ces auteurs ont eu comme nous la bonne fortune — car de pareils cas sont rares — d'observer deux périodes d'état de mal ; la première, du 16 au 29 avril 1884, donna 4,506 attaques ; la seconde, du 2 au 16 juin, 17,083 attaques. MM. Ballet et Crespin, dans une période d'état de mal à forme d'épilepsie partielle allant du 3 au 28 octobre 1883, avaient, chez une autre malade, observé 21,708 attaques.

Ces chiffres ont encore été dépassés dans les périodes que nous avons observées, car dans la première, qui va du 24 avril au 6 mai 1889, nous avons noté 47,310 attaques, et dans la seconde, du 23 mai au 8 juin, 117,572 attaques. Pendant ces périodes, la température est toujours restée normale, variant entre 37°6 et 37°8, R. Nous rendons encore hommage au zèle des personnes du service qui nous ont secondé, et qui, minute par minute, jour et nuit, ont compté les attaques et consigné par écrit l'histoire de ce cas intéressant.

Pour comprendre comment un malade peut avoir plus de 7,000 attaques dans les 24 heures, il faut se reporter à cette attaque elle-même — bornée bien entendu à sa période épileptoïde — et pour ce faire nous ne saurions être mieux inspirés qu'en empruntant la description d'une attaque ou d'une série d'attaques au travail de MM. P. Marie et Souza Leite, qui, comme nous l'avons dit, ont observé en 1884, la malade que nous observions nous-même en 1889, pour des phénomènes identiques à ceux que nous avons nous-mêmes étudiés.

« *Description d'un groupe d'attaques.*—Le premier phénomène observé chez la malade qui se tourne sur le côté gauche (*droit* en 1889) et reste dans cette position pendant toute la durée de l'attaque, est l'émission d'un cri faible tenant vraisemblablement à un spasme des muscles laryngés ; avant qu'il ne se termine, les membres droits et les muscles du cou et de la nuque sont pris d'une rigidité tétanique ; presque en même temps, les membres gauches se contracturent un peu aussi, mais d'une façon quasi insensible. Dans ce moment, il se fait une tuméfaction du cou au niveau du corps thyroïde, facilement appréciable par la main appliquée sur la convexité qui en résulte ; 4 ou 6 secondes après, le membre thoracique droit et la tête sont agités de secousses vives et rapides; les joues et les lèvres sont violemment repoussées par l'air expiré (mouvement du fumeur de pipe) ; les secousses ne se montrent pas du tout aux membres gauches ; ceux-ci deviennent flasques avant les droits qui se décontracturent aussi à leur tour. Mais, à peine les membres sont-ils flasques, qu'un nouveau cri analogue au précédent se fait entendre en annonçant une nouvelle attaque et la répétition des phénomènes que nous venons de décrire. Ces attaques se répètent un grand nombre de fois d'une façon subintrante et constituent ainsi de véritables séries durant de 12 à 30 minutes (de 84 à 776 attaques par série).

Ces attaques se succèdent d'une façon parfois tellement rapide que c'est à peine si on peut les compter.

Avant la fin de chaque série, la malade présente une ébauche d'attitude passionnelle (semble regarder quelque chose au loin) d'une ou deux secondes de durée, ébauche qui n'est pas constante ; ensuite 2 ou 3 mouvements épileptiformes très courts, et enfin, elle se réfugie brusquement au pied de son lit, sous ses couvertures, cachant sa tête, couchée sur le coté, et complètement pelotonnée en boule ; quelques secondes après, elle ronfle 2 ou 3 fois et reste ainsi contre le pied du lit plusieurs minutes sans bouger, puis reprend connaissance, se plaint beaucoup de la tete, se met à pleurer, se recouche convenablement ; peu après, elle cause librement et se met à rire. Ces groupes d'attaques sont séparés les uns des autres par un intervalle à peu près égal à leur durée ; une impression subite quelconque peut les provoquer. »

(1) Attaques hystériques ayant, par leur nombre et leur durée simulé l'état de mal épileptique : in *Progrès médical*, n° 38, 20 septembre 1884, p. 755.

Nous n'avons rien à ajouter à cette description si précise qui se superpose exactement à celle des phénomènes que nous avons observés chez la même malade à cinq années d'intervalle. Toutefois, nous devons donner quelques détails complémentaires se rapportant plus particulièrement au sujet spécial — la nutrition — dont nous avons entrepris l'étude.

Pendant les deux périodes d'état de mal que nous avons observées, l'urine a été recueillie 4 fois par jour à l'aide de la sonde, de même que dans tous les autres états de mal que nous étudierons ultérieurement. Nous avons donc eu à notre disposition la totalité des urines, et sans causes d'erreur possibles, ce qui est d'une grande importance, l'étude du volume seul —que tout le monde peut faire — présentant, comme nous le verrons, un intérêt capital dans l'espèce.

L'alimentation, pendant toute la durée des deux périodes de cet état de mal, a été pour ainsi dire négative. La malade a absorbé par jour une assiette de salade, sucé parfois 3 ou 4 asperges, un citron; elle n'a bu, dans les 24 heures, qu'une tasse de lait de 80 grammes ou de bouillon, à l'exclusion l'une de l'autre.

Aussi, lors du premier état, qui a duré 8 jours, du 24 avril au 2 mai 1889, a-t-elle maigri de 4 kilogr. 500, soit 550 grammes en moyenne par jour. (De 53 k. 500 le 24 avril, à 49 kilogr. le 2 mai).

Lors du second état de mal, qui a duré 14 jours, du 24 mai au 6 juin 1889, elle a maigri de 3 kilogr. 110, soit 225 gr. par jour (de 53 k. le 23 mai, à 49 k. 890 le 6 juin).

Nous montrerons que cette dénutrition est constante dans tous les cas de mal hystérique en réponse à l'opinion de M. Empereur « que la désassimilation n'aurait pas lieu chez les hystériques. » Nous ferons voir, de plus, combien encore, à l'inverse de l'opinion de cet auteur, l'assimilation est rapide chez elles à la suite de l'état de mal.

Nous pouvons dire, en effet, que, d'une façon générale, après les états de mal où la nutrition a été si compromise, le retour au poids normal, à celui que la malade possédait avant l'attaque, a lieu presque aussi rapidement que la dénutrition s'est effectuée. Il résulte des pesées journalières faites à la même heure et des analyses, qu'après une période d'oscillation comprenant les deux ou trois premiers jours qui suivent le retour à l'état normal, le taux de l'urée et des autres principes excrémentitiels redevient normal ; quant au poids, le sujet reprend en moyenne 500 grammes par jour, ce dernier chiffre étant d'ailleurs variable suivant les individus.

La nutrition n'en reste pas moins très ralentie pendant l'état de mal comme pendant la période d'attaque des 24 heures les excreta étant très diminués ainsi que nous allons le montrer immédiatement. Sans cela, il est probable que la perte de poids serait encore beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est réellement.

(*A suivre*).

Société botanique de France. — La Société botanique de France vient de procéder au renouvellement de son bureau et de son conseil qui se trouvent ainsi composés pour l'année 1890. Président : M. Gaston Bonnier ; vice-présidents : MM. E. Roze, J. Vallot, J. Poisson, Michel ; secrétaire-général ; M. E. Malinvaud ; secrétaires : MM. Costantin et Duval ; vice-secrétaires : MM. Camus et Maury ; trésorier : M. A. Ramond ; archiviste : M. E. Bonnet ; membres du conseil : MM. Colomb, Duchartre, Guignard, Hue, Mangin, Morot, Patouillard, Prillieux, G. Rouy, de Seynes, H. de Vilmorin. (M. Cosson, qui en faisait partie, vient de succomber).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sclérose et atrophie des Glandes gastriques (1).

Dans un précédent article (1) nous avons fait l'étude de certaines formes de lésions chroniques de l'estomac ; voyons, pour terminer, ce qui concerne les affections dont nous n'avons pas encore parlé.

Pour l'ulcère rond, la même question de l'origine inflammatoire se pose de la même façon. Les lésions du pourtour de l'ulcère sont très semblables à celles des gastrites chroniques; d'après Hauser (1883), on y observe les mêmes modifications d'hyperplasie et de dégénérescence des glandes. La sclérose sous-muqueuse et sous-péritonéale, l'épaississement des parois vasculaires sont trop connus pour que nous nous y arrêtions ; remarquons pourtant que, dans deux cas, Galliard a retrouvé à distance des lésions de gastrite sous-muqueuse et intertubulaire. Il faudrait donc pouvoir décider si les lésions de la muqueuse sont secondaires ou causales.

La théorie de la gastrite ulcéreuse de Cruveilhier, brillamment défendue par Galliard (2), relie étroitement les érosions gastriques à l'ulcère qui en est l'extension. Les autres théories proposées pour expliquer l'ulcus rotundum impliquent également la possibilité d'une sclérose. Les lésions du pont de Varole déterminées par Brown-Séquard, celles de la couche optique et de la moelle allongée faites par Schiff (3) et reprises par Vulpian (4), déterminent des érosions par stase veineuse, congestion et gastrite catarrhale. Les lésions artérielles, embolies (Virchow), endartérites, stéatose des artères (Gerhardt), anévrysmes miliaires (Liouville), ne peuvent amener l'érosion qu'en déterminant des plaques de gastrite. Il est de même dans les embolies infectieuses (M. Letulle), dans la gastro-adénite (Aufrecht). L'ulcère rond peut donc être regardé comme une complication, ou si l'on préfère, un aboutissant des gastrites chroniques et des lésions mécaniques qui permettent l'action de l'auto-digestion stomacale.

La gastrite alcoolique nous servira de transition entre les gastrites circonscrites et les généralisées, qui peuvent se diviser, au point de vue étiologique, en trois groupes : toxiques, dyscrasiques, infectieuses. Etudiée surtout dans ses caractères extérieurs par Cruveilhier, Leudet, Lancereaux, dans sa structure par Ebstein, par Strauss et Blocq, au point de vue expérimental, elle se présente comme une forme assez nette. La muqueuse est épaissie, ardoisée, avec des taches noires pigmentaires et des plaques érosives superficielles qui peuvent se transformer en ces érosions ou petits ulcères assez communs dans cette maladie et dont nous avons donné plus haut la description. Ebstein (5), en comparant à l'estomac du chien à jeun l'estomac irrité par l'introduction d'alcool, a constaté surtout que les cellules superficielles se montraient distendues par le mucus. MM. Straus et Blocq, en poursuivant l'intoxication jusqu'à production d'eschares chez le lapin, ont retrouvé cette accumulation de mucus formant une couche qui renferme un grand nombre de noyaux et de cellules épithéliales. Les orifices glandulaires sont dilatés, remplis de bouchons muqueux; les cellules à mucus ont perdu le type cylindrique et ont pris le type caliciforme, par suite de l'accumulation du matériel muqueux entre les mailles de leur réseau cytiplasmique. Les cellules bordantes sont devenues réfringentes, dans la partie moyenne des glandes. Le tissu conjonctif interglandulaire est épais, adulte, infiltré de noyaux, fortement coloré en rose par le carmin ; c'est une véritable sclérose intertubulaire. Les vaisseaux sont fortement congestionnés ; il existe par place de véritables foyers d'hémorrhagie. Toutes ces lésions se propagent de la superficie vers la profondeur, ce qui montre qu'elles sont directement dues au contact de l'alcool. On observe de plus des accumulations embryonnaires sous-muqueuses et des hypertrophies lymphoïdes signalées déjà par Frerichs et par Galliard, et qui sont surtout marquées au voisinage du pylore. Le phosphore, sous forme d'huile phosphorée, a été étudié par Virchow qui, en 1864, décrivit une pâleur caractéristique de la muqueuse accompagnant des lésions inflammatoires qu'il engloba sous le nom de gastrite glandulaire. Il trouva, avec un épaississement modéré de la muqueuse, une tuméfaction trouble des cellules glandulaires encore distinctes, mais plus grandes, plus ternes, remplies d'abord de granulations fines, puis de gouttelettes graisseuses et finissant par se résoudre en un détritus granuleux. Bernhardt observa des eschares superficielles d'un noir brun, siégeant en haut des plis de la muqueuse. Ebstein, qui rapporte ces observations dans son mémoire, a employé aussi l'huile phosphorée sur deux chiens. Les cellules superficielles présentent des gouttelettes de graisse ; celles des glandes, troublées et serrées, sont très réfractaires aux liquides tinctoriaux usuels ; les cellules principales sont les plus longues à s'altérer. Les glandes du pylore, d'après Ebstein et Bernhardt, sont assez peu touchées ; il en est de même des glandes de Brunner du duodénum.

Nous avons ici placé le phosphore parce qu'il détermine une véritable gastrite chronique généralisée, du moins sous la forme d'huile phosphorée. L'alcool et le phosphore suffisent pour donner une idée des gastrites toxiques. Nous pouvons passer aux gastrites infectieuses. Laissant de côté celles de la fièvre typhoïde, de diphtérie, qui sont des formes aiguës, nous prendrons le tableau, dessiné par M. Marfan (1), de la gastrite au cours d'une maladie infectieuse chronique, la tuberculose. Elle est spécifique, liée à des tubercules, dans quelques cas. Le plus souvent elle est simple. L'estomac est alors moyennement dilaté, à surface villeuse et irrégulière au point de donner l'aspect mamelonné ou même aréolaire. Ce qui frappe le plus c'est une infiltration intertubulaire par des cellules rondes, infiltra-

(1) Voir *Prog. méd.*, p. 296, 514, 555, 1889.
(2) Galliard. — Pathogénie de l'ulcère rond. These Paris, 1882, p. 67.
(3) Schiff. — Physiologie de la digestion, 1867, vol. 2, leçon 35, page 416.
(4) Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, 1878, vol. 1, page 441.
(5) Ebstein. — *Arch. de Virchow*, 1872, p. 469.

(1) Marfan. — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. Thèse Paris, 1887.

tion générale qui produit à la surface libre de l'estomac des végétations polypiformes allant jusqu'à la production d'adénomes. A la base des glandes, elle produit l'infiltration sous-tubulaire et l'épaississement de la muqueuse. Les cellules bordantes perdent leurs granulations, deviennent cubiques ou cylindriques, leur protoplasma devient homogène et clair, le noyau se voit donc plus facilement que dans la cellule granuleuse normale. On peut aussi rencontrer l'état gras signalé par M. W. Fox. Cet aspect pâle et dépourvu de granulations des cellules bordantes avait été signalé déjà par Loquin. La remarquable description de M. Marfan nous montre que dans cette forme de gastrite, comme dans toutes celles que nous avons passées en revue, ce sont les cellules bordantes qui perdent d'abord leurs caractères à la suite des lésions catarrhales de l'épithélium superficiel. Dans les suppurations prolongées, on rencontre des lésions ou parfaitement semblables ou rattachables à ce type.

Après les gastrites toxiques et infectieuses viennent les dyscrasiques ; c'est-à-dire celles qui relèvent d'une auto-intoxication, car le mot de dyscrasie tend de plus en plus à prendre ce sens. L'urémie en fournit le plus bel exemple. Cl. Bernard et Bareswill ont montré que chez les chiens néphrotomisés, l'urée s'éliminait par l'estomac et l'intestin sous forme de carbonate d'ammoniaque. Chez l'homme, on rencontre, comme nous l'avons déjà dit, des ulcérations urémiques qui semblent dues à une nécrose chimique de la muqueuse. L'estomac des urémiques qui vomissent est parsemé de replis nombreux et saillants, sa surface interne est ardoisée ou noirâtre, avec des arborisations vasculaires fines d'un rouge vif, l'enduit muqueux qui révèle la gastrite catarrhale et l'irritation de l'épithélium superficiel est très épais et adhérent. Les lésions des glandes sont celles que nous avons décrites dans le tableau d'ensemble présenté au début et pour lequel nous avions pris l'urémie comme type. Lancereaux, Hlava et Thomayer les ont décrites. Nous ne reviendrons donc pas sur l'infiltration de cellules rondes ou fusiformes qui donnent au tissu conjonctif un aspect réticulé sur l'allongement des villosités, sur les flexuosités des glandes et leur état kystique.

Notons seulement que les cellules présentent parfois en grand nombre une inaptitude marquée à fixer les réactifs colorants (Pilliet, *Soc. de Biol.* 1887). L'estomac des diabétiques présente aussi souvent une gastrite chronique sur laquelle nous ne nous étendrons pas à cause de la complexité de ses causes et qui a été décrite par Armanni dans son traité du diabète. (Trad. française, 1875).

Nous avons envisagé les différentes gastrites chroniques d'après leur étiologie ; mais il en reste quelques-unes dont la pathogénie n'est pas encore fixée, et qui possèdent pourtant une anatomie pathologique, très semblable d'ailleurs à celle que nous venons de voir. C'est d'abord l'atrophie glandulaire de l'athrepsie, qui existe en dehors des plaques ulcéreuses ou diphtéroïdes, lesquelles paraissent relever d'un processus aigu (1).

(1) Parrot. — L'Athrepsie, 1877, p. 241.

C'est ensuite l'état graisseux signalé autrefois chez les chlorotiques, c'est surtout la destruction plus ou moins complète de la muqueuse décrite par Ewald, Jaworosky, Nothnagel, Litten, Rosenheim, Georges Meyer et Baginsky (1), sous le nom de phtisie gastrique. Il s'agit tantôt de lésions dégénératives glandulaires; les glandes se dévient, se contournent, elles peuvent s'oblitérer et devenir kystiques, la dégénérescence muqueuse des cellules est précoce ; tantôt c'est une sclérose conjonctive à bandes épaisses, qui entoure et étouffe les glandes; les deux processus peuvent se combiner. Les lésions une fois produites seraient irréparables et se traduiraient par un catarrhe chronique avec diminution des produits caractéristiques de la sécrétion gastrique et symptômes d'anémie pernicieuse (2). Peut-être un certain nombre des cas décrits sous ce titre de phtisie chronique sont-ils rattachables à l'alcoolisme ou à une autre forme d'empoisonnement. Nous en dirons autant de la stéatose des glandes à début par la surface de la muqueuse, que décrivent Wilson, Fox, Laboulbène (3), Orth (4), etc., comme une des lésions de catarrhe chronique et que nous avons retrouvée chez quelques vieillards à l'hospice d'Ivry.

Pour résumer cette étude, nous n'aurons qu'à constater d'une part le développement des recherches chimiques qui substituent à la séméiologie vague et purement subjective des dyspepsies de tout ordre une série de signes positifs et fixes et, d'autre part, à rappeler les séries de lésions atrophiques et scléreuses qui correspondent à ces symptômes. Il en résulte que depuis peu l'étude des gastrites a fait, à ces deux points de vue, d'immenses progrès. Maintenant la voie est tracée et, chaque jour, ce diagnostic, naguère si obscur des affections chroniques de l'estomac, va gagner encore en finesse et en précision. Alex. PILLIET.

(1) G. Meyer. — Atrophie de la muqueuse stomacale; in *Société de Médecine de Berlin*, 15 octobre 1888.
(2) A. Mathieu. — Art. Estomac, *Dict. encycl. des Sc. Méd*, t. XXXVI, série 1, p. 151.
(3) Laboulbène. — *Anat. Pathologique*, p. 124, 1879.
(4) Orth. — *Traité d'Anatomie Pathologique*, t. I, p. 735, 1887.

DIXIÈME CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE BERLIN EN 1890. — Conformément aux résolutions du neuvième congrès tenu à Washington, le dixième congrès médical international aura lieu à Berlin du 4 au 9 août 1890. Les délégués des Facultés de médecine et des principales sociétés médicales d'Allemagne ont élu les soussignés comme membres du comité général d'organisation. Des comités spéciaux sont constitués pour s'occuper des préparatifs nécessaires aux travaux des différentes sections. Une *Exposition internationale des Sciences médicales* sera annexée au congrès. (Voir notre compte-rendu d'Hidelberg, septembre 1889). — Dr Rudolf Virchow, président ; Dr von Bergmann, Dr Leyden Dr Waldeyer, vice-présidents ; Dr Lassar, secrétaire général. — Toutes les communications regardent le secrétaire général Berlin NW., Karlstr, 19 (Voir p. 34).

HOPITAUX DE PARIS. — *Dons.* — Le Directeur de l'Assistance publique a reçu de M. le Dr Henri Roger la somme de 500 francs pour les pauvres de Paris; — de M. E. J. la somme de 30 francs pour les pauvres de Paris; — de Mme E. L. la somme de 50 francs pour la famille la plus malheureuse; — De M. T. R. la somme de 500 francs pour les pauvres; — de M. X... la somme de 1000 francs pour les pauvres du VIIIe arrondissement.

Conférence d'Internat. — La conférence d'internat de MM. Reblaud, Raoult et Thérèse commencera le samedi 11 janvier à 3 h 1/2 à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau).

Concours de l'Externat. — Les dernières questions posées à l'épreuve orale de pathologie ont été : *Fièvre typhoïde. (Signes et diagnostic)* ; — *Furoncle.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

M. RETTERER expose ses recherches sur le *développement du périnée.* On admet généralement que le périnée est formé par une lame verticale descendante, qui forme l'éperon médian, ou de Rathke; et par deux lames latérales venant se fusionner à la première. Or, ces deux lames se souderaient simplement de haut en bas, cloisonnant l'urèthre chez l'homme, formant le périnée chez la femme, et c'est de leur soudure que résulterait la lame médiane. Chez les Oiseaux, le poulet, par exemple, cette soudure ne descend pas jusqu'au niveau de l'orifice extérieur et il en résulte la formation du cloaque.

M. BROWN-SÉQUARD envoie une note touchant l'*influence du système nerveux sur les phénomènes de la putréfaction.* — En écrasant d'un coup, avec un marteau, la tête d'un cobaye, on réduit le cerveau en bouillie, et l'action de la moelle se trouve ainsi influencée d'une façon très énergique. On observe alors le retard de la rigidité cadavérique, et la putréfaction de l'intestin ne se produit qu'au bout de quatre à cinq jours.

M. LABORDE a examiné l'*estomac du supplicié Kaps.* Il était rempli de rhum, et, probablement à la suite de cette ingestion, la tunique musculaire était paralysée et ne répondait pas aux excitations externes. Le cerveau présentait des lésions corticales anciennes assez étendues. — M. Laborde donne, en outre, un procédé opératoire qui permet de constater très facilement chez la grenouille l'influence de l'*excitation des tubercules quadrijumeaux sur les phénomènes oculo-pupillaires.*

M. GUIGNARD présente une note en réponse à M. Van Beneden fils, sur une question de priorité relative à *certains phénomènes de la division nucléaire.* Il expose qu'il a prouvé, dès 1883, l'existence du dédoublement longitudinal des segments chromatiques qui forment la plaque nucléaire et en même temps le transport, en sens inverse, aux deux pôles, du fuseau nucléaire de chacune des moitiés d'un segment chromatique. Les dates et les textes prouvent que M. Van Beneden fils n'a pas été le premier à apercevoir le transport des segments secondaires aux deux pôles du fuseau, transport dont il a annoncé la découverte le 4 avril 1884, alors qu'il est formellement indiqué dans une note de M. Guignard, parue en 1883 et insérée dans un mémoire détaillé publié le 1er février 1884.

M. PIGNOL a essayé, dans trois cas de pneumonie massive, *les injections trachéales de naphtol.* On emploie l'aiguille d'une seringue de Pravaz avec laquelle on perfore la trachée au cou. Ceci fait, on injecte goutte à goutte une quantité qui varie de 200 à 350 c. c. cubes de solution de naphtol à 0,20/1000. Cette opération dure une demi-heure. On peut renouveler cette injection. Ce traitement est bien toléré, il produit une amélioration notable ; dans un cas, il a paru faire tomber la fièvre.

M. M. DUVAL rappelle à ce propos que l'absorption par les bronches et le poumon est considérable. Quand on asphyxie un lapin en lui plongeant la tête dans l'eau, ce qui remplit de liquide le poumon, tous les globules du sang sont dissous. Cl. Bernard a d'ailleurs cité des observations de notre collaborateur Jousset de Bellesme qui injectait une solution de quinine dans la trachée chez les paludiques pour avoir une absorption plus rapide.

M. MALASSEZ. — MM. Brouardel et Vibert ont constaté chez le chien que la submersion amène par le même mécanisme une diminution considérable du nombre des globules rouges.

MM. ARTHAUD et BUTTE communiquent une expérience qui a pour but de démontrer que le nerf *pneumogastrique contient des fibres vaso-constrictives pour les poumons.* Cette expérience, qui a été faite chez la grenouille, a été signalée par eux, dans un mémoire déposé le 25 février 1889 pour le prix de l'Académie. Quand on sectionne un des nerfs pneumogastriques derrière la membrane tympanique, on voit le poumon du côté lésé s'affaisser et les vaisseaux de l'organe se dilater d'une façon très visible. Par comparaison avec le côté sain, cette dilatation devient très nette, surtout quand on a soin d'insuffler légèrement les poumons au moyen d'un canule introduite dans la glotte. Cette expérience comparative montre bien qu'il s'agit d'un effet vaso-moteur et nullement d'une action sur le cœur ; car, dans ce dernier cas, les deux poumons seraient identiques. D'ailleurs, quand on sectionne le deuxième nerf pneumogastrique, on voit le deuxième poumon présenter les mêmes phénomènes et devenir le siège d'une congestion paralytique.

M. RETTERER dépose des notes de M. GASTON BUCHET sur l'*action du venin des Hyménoptères sur le Lézard gris des murailles.* Cet animal paraît absolument réfractaire ; — du même *sur les lichens qui attaquent le verre, et dans les vitraux semblent préférer certaines couleurs* ; — et de M. NICATI, *sur la physiologie pathologique des procès ciliaires*, et en particulier sur le décollement rétinien.

ALEX. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. COMMENGE expose le résultat de ses *recherches sur les maladies vénériennes dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution règlementée à Paris de* 1878 à 1887, et qui se résument ainsi. Il a trouvé, pour les *filles en carte*, sur 305.799 visites, 3,12 0/00 de maladies syphylitiques, 3,06 0/00 de maladies non syphilitiques, et 0,36 0/0 de gale. — Pour les *filles en maison*, sur 503.712 visites, 2,70 0/00 de maladies syphilitiques, 2,52 0/00 de maladies non syphilitiques, 0,30 0/00 de gale. — Pour les *filles arrêtées*, sur 76.740 visites, 23,96 0/00 de maladies syphylitiques, 14,46 0/00 de maladies non syphilitiques, 4,06 0/00 de gale. — Enfin, pour les *insoumises*, sur 27.041 visites, 166 0/00 de maladies syphilitiques, 134 0/00 de maladies non syphilitiques, 19 0/00 de gale. Au point de vue de la syphilis, on trouve comme moyenne des dix dernières années, 7,30 0/0 pour les filles en carte, 12 0/0 pour les filles en maison, et 16,69 0/0 pour les insoumises. C'est donc chez les insoumises que la proportion des syphilitiques est toujours le plus considérable, tandis qu'elle est beaucoup moins élevée chez les filles en maison et surtout en carte. Cela démontre une fois de plus la nécessité d'une surveillance rigoureuse de la prostitution.

Continuation de la Discussion sur la Prophylaxie de la Tuberculose.

M. GERMAIN SÉE communique un décret, datant de cent ans, rendu par le roi de Naples pour prévenir le développement de la phtisie, par lequel des précautions excessivement rigoureuses sont prises à l'égard de l'isolement des phtisiques, des soins de propreté pour leur chambre et leurs effets, surtout après leur mort, avec peine sévère pour tout médecin ne déclarant pas les cas reconnus de phtisie. Cette même loi fut promulguée en Portugal. Mais, dans le royaume de Naples, elle fut en vigueur jusqu'en 1848, et n'eut d'ailleurs aucun effet sur le développement de la tuberculose. Il rejette de nouveau la contagion atmosphérique, les expériences de M. Cornet ayant prouvé que c'est seulement dans l'air des chambres, mal tenues au point de vue des crachats, que l'on trouve des bacilles, et celles de M. Straus ayant prouvé que l'air expiré par les phtisiques n'en contient pas. On n'observe jamais de contamination tuberculeuse dans les hôpitaux d'enfants, parce que les enfants ne crachent pas. Si la contagiosité par l'air existait, comme l'admet M. Hérard, l'asile de Villepinte, dont il a été un des promoteurs, n'aurait pas sa raison d'être, car on ne devrait jamais rassembler dans un même lieu des tuberculeux. A ce sujet, il communique une lettre de M. Cornet

qui partage entièrement ses idées sur la prophylaxie de la tuberculose. « Le phtisique par lui-même n'est pas contagieux, mais le danger est dans son manque de précautions de cracher dans les crachoirs, lesquels doivent toujours contenir de l'eau. Les règles prophylactiques qu'on a données n'ont rien de spécial, car nous ne connaissons pas en quoi consiste l'hérédité ni la prédisposition. Pour lui, l'organe le plus atteint témoigne de la porte d'entrée, ce qu'il compte démontrer plus tard. » Donc, toutes les précautions doivent attirer l'attention, et il suffit de faire cracher dans des crachoirs contenant de l'eau, ou de brûler les mouchoirs où l'on aurait craché. Jusqu'ici, aucune précaution n'a empêché les phtisiques de le devenir, et tous les médicaments ont échoué. Toutefois, il faut bien dire qu'il y a peu de maladies aussi curables spontanément que la tuberculose. Ce qu'il faut donc, c'est de provoquer la destruction des crachats et de prescrire le régime gras dont l'utilité est incontestable.

M. Vidal fait une communication sur le développement de la tuberculose en Algérie. Elle y était à peu près inconnue avant l'occupation française, et devient de plus en plus fréquente, aussi bien chez les civils que chez les militaires. La mortalité est cependant moins élevée qu'en France. Peut-être l'accroissement de la tuberculose tient-il au nombre de plus en plus grand de tuberculeux qui viennent s'y traiter. Il serait peut-être bon de n'y pas envoyer de tuberculeux avec cavernes qui sont les plus contagieux et meurent aussi vite, si ce n'est plus, en Algérie qu'en France.

M. Trélat veut attirer seulement l'attention sur quelques points. La question de l'hérédité a été fort exagérée. Elle ne peut avoir lieu que de trois façons : ou le nouveau-né est tuberculeux — c'est excessivement rare — ou il a une aptitude spéciale à fabriquer le bacille, ce qui ne se discute même pas ; enfin, il a reçu de ses parents une sorte de prédisposition à devenir bouillon de culture, mais on ne connaît rien sur cette prédisposition. Les statistiques comptent comme tuberculeux héréditaires des tuberculeux dont des collatéraux sont devenus tuberculeux, ce qui est très exagéré et fausse la moyenne, qu'on est arrivé ainsi à élever à 50 0/0. Il y a certainement la contagion et l'étude des tuberculoses locales à long développement, à généralisation très lente, la prouve également pour expliquer tous les cas de tuberculose. C'est donc contre cette contagion qu'on doit lutter, au lieu de chercher à armer l'individu sans savoir ce qui peut vraiment le protéger. Il pense donc qu'on doit sans hésiter adopter les conclusions de la commission qui n'ont rien d'effrayant pour les malades ni d'inquiétant pour leur entourage. En ne votant pas ces conclusions, l'Académie paraîtrait douter de la contagiosité de la tuberculose, et donnerait de la méfiance aux malades et aux familles sur la nécessité de prendre des précautions. Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance annuelle du 27 décembre 1890. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Ferrand lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Damaschino.

M. Desnos lit son rapport sur les travaux de la Société en 1889.

Bureau pour 1890 : Président, M. Dumontpallier ; Vice-Président, M. E. Labbé ; Trésorier, M. R. Moutard-Martin ; Secrétaires, MM. Brault, Chaslin, Fernet, Burlureaux, Merklen, de Beurmann.

Ordre du jour *de la Séance du 10 janvier*, soir : M. Ballet. *Délire de la persécution dans le goitre exophthalmique.* — M. Huchard. *Tachycardie paroxystique essentielle ; mort rapide par œdème pulmonaire aigu dans les maladies de l'aorte.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

MM. Valat et Duret (de Lille) adresse un mémoire sur l'*anatomie pathologique du prolapsus du rectum.*

M. Levis (de Broocklyn, New-York) adresse une observation d'*amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeur* (Rapp. M. Berger).

M. Lecerf (Valenciennes) envoie une note sur un *anévrysme traumatique de la cubitale.*

M. Février, médecin-major, adresse un travail sur les *Fistules branchiales.*

M. Terrillon, à propos du procès-verbal, cite l'observation d'un *gros fibrome utérin* de 19 kilogr. *inclus dans le ligament large, enlevé par la laparotomie et guéri avec pédicule interne.*

Femme de 37 ans, habitant la campagne, ayant eu 7 enfants ; il y a 3 ans, elle s'aperçut de l'apparition d'une tumeur dans l'abdomen, qui grossit si vite qu'il eut bientôt 1m60 de circonférence. Accidents d'obstruction intestinale ; anurie depuis 15 jours par compression des uretères. Col très remonté. Opération le 10 octobre 1888. Incision très longue remontant au-dessus de l'ombilic. Parois abdominales très amincies. Tumeur multilobée. Quelques adhérences épiploïques ; tumeur coiffée par les ligaments larges. Décortication pénible ; hémostase difficile. Vessie adhérente en avant. Le pédicule effilé fut sectionné et réduit, après cautérisation de la muqueuse utérine. 6 sutures de soie fine (procédé de Schrœder) et 20 ligatures de vaisseaux. Lavage du péritoine à l'eau bouillie. 17 sutures au crin de Florence sur la plaie abdominale. Drainage. Opération ayant duré 2 h. 1/2. Drain enlevé après 48 h. Guérison sans encombre. La malade s'est très bien rétablie. Elle a été revue récemment.

M. Reclus a enlevé un énorme fibrome du ligament large paraissant avoir pris naissance sur l'utérus. Opération très laborieuse. Il y avait des adhérences très vasculaires avec l'épiploon. L'hémorrhagie fut si considérable qu'on eut des craintes sérieuses au point de vue de la survie, et pourtant, le fibrome enlevé, on n'eut pas une ligature à faire.

M. Tillaux rappelle qu'il ne faut pas confondre les *tumeurs nées sur l'utérus et incluses dans ligament large* avec *les tumeurs primives des ligaments larges.* De même pour les fibromes ; ceux d'origine utérine sont très communs ; les autres, dans lesquels l'utérus n'est pour rien, sont rares. Il rappelle un cas de fibrome type du ligament large, extirpé par lui, cas qui a été communiqué à la Société.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de MM. Barthélemy et Bernardi (de Tunis) se rapportant à 3 cas d'*abcès du foie traités par la méthode de Little.* Cest trois faits, observés à l'hôpital de Tunis en assez peu de temps, montrent que les abcès du foie ne sont pas très rares aux Colonies. Les auteurs insistent sur l'utilité d'un diagnostic précoce à l'aide de ponctions répétées. Ils n'admettent pas la suture hépatique (union des bords de la plaie de la paroi avec ceux de la plaie du foie).

M. Brun fait un rapport sur une observation de M. Tuffier intitulée : *Fistule urinaire aseptique consécutive à une néphrectomie*; *Fermeture de la fistule*; *Guérison.* Voici cette importante observation :

Homme qui, depuis longtemps, souffrait des reins et de la vessie, à la suite de coliques néphrétiques et d'un calcul vésical: lithrotritie. En 1889, le 9 juillet, douleurs dans le rein droit si vives qu'elles rendaient l'exploration presque impossible ; état grave ; complications rénales et affection inflammatoire de l'uretère. Néphrotomie, le 13 juillet, par M. Guyon. On ne trouva pas de pus dans le rein, mais simplement des *calculs uriques*. On ne sutura qu'une partie de la poche et plaça un drain. Guérison avec fistule; pas de suppuration. La fistule était donc aseptique ; de plus, l'uretère était perméable d'une façon parfaite (injection de teinture d'iode dans l'uretère par la fistule; réaction de l'iode dans l'urine). Opération, pour détruire la fistule, par M. Tuffier. A l'aide d'une incision faite en avant de la cicatrice pour éviter le tissu cicatriciel et ne pas créer de fausse route, il atteint le rein qu'il libère complètement ; puis on sectionne le trajet fistuleux, avive la substance rénale, le rein étant presque à l'extérieur, et fait la suture du rein avec du catgut ; 3 drains sont placés dans la plaie, mais ils ne communiquent pas avec l'intérieur du rein. Résultat excellent, malgré altération de l'autre rein.

Ce qui domine dans cette observation et ce qui explique le succès remarquable obtenu, c'est l'asepsie absolue de la fistule. Mais une telle condition sera bien rarement observée. En effet, les fistules rénales sont d'ordinaire consécutives à des néphrotomies faites: ou bien pour des *calculs du rein*, ou bien pour des *pyélonéphrites*. 1° S'il s'agit d'un calcul du rein et si le rein est aseptique, on fera la suture après la néphrotomie et la guérison complète aura lieu. Si on ne la fait pas, la réunion se fera d'elle-même très souvent. Donc les fistules consécutives à ces néphrotomies seront très rares. Or, elles seules peuvent être aseptiques ou à peu près. 2° S'il s'agit d'une pyélonéphrite, à supposer qu'on arrive à la longue à asepsier la fistule, il restera toujours des lésions urétérales et ce conduit ne sera pas perméable. Dans ces fistules là, en effet, ce qui domine, c'est le défaut de perméabilité de l'uretère.

Il faudra donc avoir bien de la chance pour trouver une fistule qui soit aseptique chez un opéré à uretère perméable. M. Brun cite ensuite une observation qui montre la fréquence des lésions de l'uretère dans la pyélonéphrite. Il croit qu'on ne peut rendre un tel uretère perméable que très difficilement, malgré des lavages antiseptiques répétés et le cathétérisme rétrograde du conduit par la fistule. En somme, dans la plupart des cas, on a affaire à des *fistules uro-purulentes* et non pas à des fistules *urinaires pures*, comme celle qu'a guérie M. Tuffier. Ces fistules uro-purulentes ne sont justifiables que de la néphrectomie secondaire, si l'autre rein est sain. S'il ne l'est pas, on devra se borner à un traitement palliatif.

M. Bouilly. — Il existe une autre contre-indication à l'opération de M. Tuffier. Très souvent les lésions inflammatoires rénales et périrénales qui ont nécessité la néphrotomie laissent après elles un *épaississement considérable de tous les tissus périrénaux*. Or, dans ces conditions, il ne faudrait pas songer à isoler le rein, à l'aviver, à réséquer la fistule, etc. On ne réussirait pas et cette manœuvre pourrait être dangereuse. Ce ne sont pas là des difficultés théoriques. M. Bouilly s'en est rendu compte dans une tentative qu'il a faite pour traiter une fistule rénale.

M. Marchand a observé un cas analogue.

M. Le Dentu tient à faire remarquer que c'est M. Guyon qui est l'auteur de l'opération qu'a exécutée M. Tuffier. Il l'a décrite dans une clinique.

M. Brun répond que M. Tuffier a un peu modifié le plan opératoire tracé par M. Guyon.

M. Peyrot fait un très court rapport sur 3 observations d'*ovariotomies simples* faits par M. Ledru (de Clermont-Ferrand). Il critique le procédé compliqué de ligature du pédicule recommandé par l'auteur.

M. Moty (du Val-de-Grâce) présente deux opérés : *trépanation pour abcès intra-crânien*; — *suture intestinale pour perforation consécutive à un coup de pied de cheval sur l'abdomen.* Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 Janvier 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Bureau pour l'année 1890. — Président : M. Polaillon ;— 1er Vice-président : M. Leblanc ; — 2e Vice-président : M. Porak ; — Secrétaire général : M. Gillet de Grandmont ; — Secrétaire général adjoint : M. Crouigneau ; — Secrétaires annuels : MM. Gautrelet, Bovet, Lecerf, Guelpa, Petit, Tisné, Tolédano, Cérémonie.

M. Jasiewichz lit une note sur le *Traitement abortif du furoncle, de l'anthrax et du phlegmon* où il est dit que les liquides antiseptiques ne lui ont donné aucun résultat. Mais l'auteur, après avoir examiné les autres méthodes abortives, après avoir étudié les causes diverses de production des inflammations de la peau et du tissu cellulaire et montré que la suppuration, terme de toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, générales ou locales, est la contre-partie du phénomène bienfaisant d'abord de la phagocytose, conclut que le seul traitement abortif applicable est celui de Dobson, conseillé par le professeur Lefort, parce que les *scarifications multiples*, pratiquées avec une lancette plusieurs fois en 24 heures, ont pour résultat la diminution de la congestion, la cessation de la stase sanguine, puis de favoriser l'hématose locale et par conséquent de lutter contre l'hypergenèse des globules blancs et de faire disparaître la suppuration. Cette méthode doit être aidée par une médication ayant pour but le traitement des symptômes divers qui accompagnent les accidents locaux.

M. Polaillon rappelle qu'il a donné, il y a longtemps déjà, le moyen de détruire radicalement le bourbillon des furoncles et anthrax en le traitant par de petites flèches de chlorure de zinc de 0,01 cent. de longueur et 0,003 mill. d'épaisseur. Ce traitement a pour but de détruire les microbes en desséchant le bourbillon qui s'élimine très facilement et fait ainsi cesser toute inflammation. Le traitement consécutif réside dans des lavages avec une solution de sublimé très étendu afin d'éviter toute possibilité d'érysipèle. *Les Secrétaires des séances,*

Ch. Bovet et E. Gautrelet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 décembre 1889. — Présidence de M. Roussel.

M. Michel Perret fait une lecture sur un nouvel appareil de chauffage dit *poële de cheminée.*

La Société procède aux élections pour l'année 1890. M. le Dr Lagneau est élu président. Sont nommés : vice-présidents, MM. Leblanc, Bechmann, Brull et Du Mesnil ; secrétaire général, M. Napias ; secrétaire général adjoint, M. A. Martin.

M. le Dr Schneider lit un mémoire sur *la santé de la population militaire pendant l'Exposition*. En 1889 la fièvre typhoïde n'a pas été plus fréquente, malgré les fatigues supplémentaires et l'encombrement, grâce à l'amélioration constante des conditions hygiéniques des troupes et tout particulièrement à ce fait que dans toutes les casernes de Paris, les soldats ont maintenant à leur portée et en abondance de l'eau de source irréprochable. Ce qui démontre bien l'influence de la présence de l'eau de source dans les casernes, c'est que, quand à plusieurs reprises, cette année, l'Administration des eaux a dû, pour des raisons de service, substituer l'eau de rivière à l'eau de source ; les conséquences de cette mesure se sont fait invariablement sentir trois semaines environ après, par une recrudescence ou une apparition de la fièvre typhoïde chez les troupes.

M. le Dr Dreyfous fait une communication sur *l'inspection médicale des Ecoles à Paris.* Martha.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — **Des rétrécissements congénitaux de la partie supérieure du rectum**; par M. le Dr Sabathier. — Montpellier, 1889.

II. — **Die Arteriennaht**; par M. le Dr Alexandre Jassinowsky. — Dorpat, 1889.

III. — **Des lipomes transformés ou dégénérés**; par M. le Dr Lardier. — Rambervilliers, 1889.

IV. — **Traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus** chez les enfants; par M. le Dr L. Lartet, Paris, 1889.

V. — **Les maladies de la Langue**; par le Dr Butlin, traduit de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre. 1 vol. in-8, aux Bureaux du *Progrès médical*. — Lecrosnier et Babé, éditeurs.

I. — Dans ce travail, l'auteur s'est proposé surtout de montrer qu'un grand nombre de cas de constipations habituelles tiennent à une cause parfaitement définie et reconnaissable, *l'étroitesse congénitale de la partie supérieure du rectum*; il en a donc éliminé les rétrécissements congénitaux de la partie inférieure, bien étudiés dans ces dernières années. M. E. Bœckel (de Strasbourg) aurait le premier signalé ces rétrécissements supérieurs ; mais, pour M. Sabathier, c'est dans le laboratoire de M. Charpy, à Toulouse, qu'on a, pour la première fois, bien étudié cette lésion au point de vue anatomo-pathologique; c'est à la suite de cette étude qu'il a eu la pensée d'y rattacher les faits cliniques de constipation permanente par lui observés. Il cite deux faits qui plaident en faveur de cette relation. Mais ces derniers semblent un peu discutables, car il n'y a pas eu d'autopsie et l'auteur, dans ces cas, n'a pas même pu constater, par le toucher rectal, l'existence du dit rétrécissement. Le chapitre d'anatomie pathologique, au

contraire, est plus démonstratif et plus intéressant. Deux planches montrent bien l'aspect de ces rétrécissements supérieurs. C'est un sujet qui mérite d'être étudié plus à fond, maintenant que M. Sabathier a attiré l'attention sur lui.

II. — C'est une très intéressante brochure, que celle de M. Jassinowsky, qui vient d'étudier d'une façon expérimentale, dans des recherches fort bien conduites, la question de la *suture des artères*. C'est là un sujet qui mériterait plus qu'une courte analyse et nous y reviendrons un jour. Voici en tous cas, les conclusions de l'auteur : La suture des artères fournit une réunion par première intention des plaies vasculaires; il n'y a pas d'hémorrhagie après la suture faite; on n'a à craindre, après l'opération, ni les hémorrhagies secondaires, ni la thrombose, ni le développement d'un anévrysme. La suture des artères est indiquée dans les plaies récentes et à bords nets, à moins qu'il y ait plus de la moitié de la circonférence de l'artère sectionnée. L'asepsie la plus rigoureuse est la condition *sine qua non* du succès; la suture des artères est très facile à faire! — Voilà quels sont les résultats des expériences de ce jeune chercheur. Sa thèse, très bien faite, devra donc être lue par tous les chirurgiens qui ont à cœur d'enrichir le domaine de l'art qu'ils cultivent, s'ils le cultivent avec amour et propreté.

III. — Relation d'une observation de lipomes multiples avec transformation d'une des tumeurs en épithélioma lobulé (avec examen microscopique et une photogravure). De tels faits ne sont pas très rares aujourd'hui; il est cependant toujours bon de les enregistrer.

IV. — Pour le traitement des fractures articulaires de l'extrémité inférieure de l'humérus qui s'accompagnent si rapidement chez les enfants, de raideur et de gêne articulaire, par suite d'un cal exubérant, M. Lartet montre que la flexion ne peut pas donner d'excellent résultat, car elle n'amène pas la réduction des fragments. Pour lui, la meilleure méthode de traitement au point de vue de la réduction de la fracture est l'*extension*. Combinée à la flexion dans un délai limité, elle mettrait à l'abri des raideurs articulaires définitives, et permettrait d'obtenir le maximum de mobilité. Cette thèse, inspirée par M. G. Marchant, est bien rédigée et on y trouve des détails circonstanciés sur la façon de pratiquer l'extension dans ces fractures. Elle renferme 7 à 8 observations personnelles, mais ne dit pas assez carrément que la paternité de ce traitement revient surtout à M. Leroyenne (de Lyon), et sa vulgarisation à son élève M. Berthomier (de Moulins).

V.—L'auteur a remarqué combien il est souvent difficile, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas embarrassant et délicat, de faire des recherches dans les ouvrages didactiques de médecine ou de chirurgie, à cause de la manière dont ils sont ordonnés. En effet, si la plupart du temps les symptômes sont bien décrits séparément, la séméiologie est à peine faite ou même pas du tout. M. Butlin nous dit qu'il a été tenté d'écrire toute la chirurgie d'après la méthode encyclopédique, ou pour mieux dire, séméiologie, qu'il emploie dans le volume actuel. Nous ne doutons pas que l'essai qu'il vient de tenter pour la langue ne l'engage à le renouveler pour d'autres organes. C'est le meilleur éloge qu'on puisse faire de son livre. Aussi bien est-il difficile d'analyser, même sommairement, un ouvrage qui traite de tant d'affections n'ayant d'autre rapport entre elles que d'atteindre un même organe, M. Butlin passe en revue les traumatismes, les vices de conformation, les variations de couleur de la langue, les glossites, les éruptions de la langue. Ces affections étant à la fois du domaine médical et chirurgical, on a peut-être le droit de s'étonner que l'auteur, bien que chirurgien, n'ait pas jugé bon de traiter aussi des différents aspects de la langue dans l'état de maladie, où ils sont souvent assez caractéristiques, dans les maladies fébriles, les exanthèmes, les affections dyspeptiques, par exemple.

De bons chapitres sont consacrés aux excoriations, sillons, fissures et ulcérations de la langue, aux taches, aux nodosités et aux plaques. Puis viennent les tumeurs kystes et tumeurs bénignes, et enfin le cancer, qui occupe une large place. Mais pourquoi l'auteur le désigne-t-il sous le nom de carcinome, alors qu'il le décrit comme épithélioma? Il étudie à fond le traitement en passant en revue les différentes méthodes, le traitement post-opératoire, les opérations secondaires sur les ganglions lymphatiques et, en cas de récidive, en cherchant à prévoir tous les cas qui peuvent se présenter et à indiquer pour chacun la marche à suivre. L'ouvrage se termine par les affections parasitaires et les affections nerveuses de la langue.

En somme, c'est un livre consciencieux qui, à part quelques points un peu écourtés peut-être, ne manquera pas d'être justement apprécié, plus encore par les praticiens que par les gens d'étude; ce qui, si je ne me trompe, était le but de l'auteur.

M. B.

CORRESPONDANCE

L'Influenza à Berlin.

Berlin, 30 décembre 1889.

Il y a trois semaines environ que l'épidémie a commencé à Berlin. Elle augmenta dans la première quinzaine et a atteint son acmée la semaine passée. En ce moment elle est sur son déclin.

L'extension de l'épidémie a été véritablement énorme. Il n'est certes pas exagéré d'affirmer que le dixième de la population a été atteint. Beaucoup de praticiens très occupés admettent une proportion bien plus grande encore. Il est certain pourtant que bien des bronchites catarrhales ont été considérées comme des cas d'influenza, mais cette constatation n'empêche pas qu'on puisse affirmer que jamais épidémie, de quelque nature qu'elle soit, n'eut pareille extension.

Il est en outre évident que nous avons affaire à une véritable pandémie. Il semble que l'Europe entière ait été prise *par propagation* d'un district à un autre. La Russie paraît avoir été le foyer initial; mais on ne pourrait aujourd'hui suivre pas à pas les progrès du mal. Peut-être arrivera-t-on à quelque résultat en essayant de généraliser les données fournies par les rapports isolés venant de contrées diverses.

A Berlin l'épidémie a atteint, dans tous les quartiers, jeunes ou vieux, riches ou pauvres.

Dans son ensemble, l'influenza s'est montrée bénigne. Les caractères distinctifs de cette affection, qui n'ont pas manqué cette fois, sont : fièvre subite, céphalalgies, souvent très violentes, douleurs rachialgiques et dans les extrémités, phénomènes de catarrhe des bronches ou de la muqueuse nasale, souvent même de la conjonctive. En même temps, prostration marquée, puis disparition rapide de la fièvre; enfin nombre considérable de cas. Constatons, enfin, pour être complet, que les lésions catarrhales persistent après la disparition de la fièvre et que l'appareil intestinal est rarement affecté.

Plusieurs observateurs ont essayé de diviser l'influenza en quelques variétés spéciales, mais sans succès. Une seule variété, assez commune, semble nettement définissable : c'est la variété foudroyante. Le malade, qui a tout à coup une fièvre de 40°, et davantage, se trouve le lendemain dans un état normal et en excellente santé, une grande fatigue exceptée. Les malades se remettent fort rapidement, en quelques jours il n'y paraît plus.

Malgré le caractère bénin de l'affection, la mortalité de la dernière semaine a été fort élevée à Berlin. Cela n'étonnera personne, car l'influenza s'est attaquée à bien des vieillards débilités, chez lesquels il suffit du moindre choc pour compromettre les fonctions vitales.

En ce moment bien des malades âgés meurent des suites de catarrhes bronchiques causés par l'influenza.

On observe aussi des pneumonies, des pleurésies consécutives, mais c'est surtout les vieillards qui paient ici un tribut appréciable.

Comme traitement, on a utilisé surtout l'antipyrine à Berlin; ce médicament est surtout efficace pour diminuer la céphalalgie. Enfin la méthode expectante a donné de bons résultats.

Léopold Casper.

L'influenza en Suisse.

Bâle, 7 janvier.

Mon cher Rédacteur,

Depuis le milieu de décembre où la grippe a fait son apparition d'abord à Bâle et puis à Berne, elle s'est étendue sur tout le reste de la Suisse. Les villes ont particulièrement été

atteintes, quoique les campagnes ne soient pas indemmes et que chaque jour on en signale les progrès, même dans les cantons alpestres. D'abord bénigne, l'épidémie a bientôt pris un caractère grave à Berne et à Bâle, où aujourd'hui on signale de nombreux cas de pneumonie à forme adynamique avec une forte proportion de décès. L'épidémie est moins grave à Zurich, et est restée bénigne dans les campagnes. A Berne elle est en décroissance sensible, ce que l'on ne peut pas encore dire pour Bâle où nous avons eu avant hier un nombre de décès (26) auquel on n'était pas arrivé depuis bien des années.

Je reste, cher Monsieur, votre bien dévoué. A. JAQUET.

BIBLIOGRAPHIE

Influence de la saccharine sur la digestion stomacale et intestinale ; par Edgar GAUS, de Carlsbad. (*Berlin. Klinisch. Wochenschrift*, 1889, nº 13).

Découverte par Fahlberg en 1879, la saccharine n'a commencé à être appliquée à la thérapeutique qu'en 1886 par Adduco et Mosso, lesquels conclurent d'expériences faites sur eux-mêmes et sur les animaux que son administration n'offrait aucun danger. Kohlschutter et Elsasser (1887) l'essayèrent sur un diabétique, pendant 24 jours, avec interruptions, à la dose de 1 à 2 grammes, et remarquèrent que la diminution du sucre et de la quantité d'urine rendue étaient en rapport avec la dose ingérée ; ils ajoutent que la saveur sucrée du médicament diminue l'appétit, mais de même que Stadelmann, Stutzer et Mercier ils n'ont pas constaté de troubles dyspeptiques.

Grâce à ces résultats, la saccharine commençait à être accueillie avec une certaine faveur, lorsque la communication de M. Worms à l'Académie de médecine (10 avril 1888) vint arrêter l'enthousiasme. Sur quatre diabétiques traités par lui, trois perdirent l'appétit et eurent des nausées et des coliques, qui disparurent lorsqu'on cessa l'administration du médicament. Dujardin-Beaumetz soutint à son tour, qu'en outre des troubles produits sur la digestion stomacale, la saccharine exerçait une influence fâcheuse sur les fonctions pancréatique et rénale.

La même année, Brouardel, Pouchet, Ogier, Loye, Constantin Paul et Kügler, étudient expérimentalement ces troubles dyspeptiques et soutiennent qu'ils sont dus à ce que le nouvel agent thérapeutique empêche la transformation des aliments amylacés et albuminoïdes.

M. le Dr E. Gano vient de se livrer pendant trois mois à d'intéressantes recherches expérimentales dans le laboratoire de Boas, sur l'action de la saccharine, dans la digestion. Son mémoire, que nous allons résumer, mérite d'être pris en sérieuse considération.

1º *Digestion stomacale.* Le contenu de l'estomac est vidé au moyen d'une sonde, et filtré. L'acidité totale est déterminée par titrage avec une solution de potasse normale au 10e et la réaction essayée avec du papier congo et tropéoline, ainsi qu'avec la flaroglu-cisvanilline. On n'a employé que des contenus stomacaux où l'acide chlorhydrique a été constaté par ces moyens. — De chaque contenu stomacal deux portions à 10 c. m. sont mesurées dans un verre à précipité et placées sur 0,02 de lamelles d'albumine. A l'une des portions on ajoute 0,03 de saccharine ; les deux sont placées dans une couveuse.

Dans 22 expériences, la digestion est terminée, ou à peu près, dans l'appareil contrôlé au bout d'une heure, tandis que dans la préparation saccharinée, nagent des flocons d'albumine. Gano observe, ainsi que Pouchet l'avait déjà signalé, que la poudre, en se collant aux lamelles d'albumine, contribue à ralentir la digestion, et de plus, qu'au moment où la saccharine est ajoutée au suc stomacal, celui-ci devient trouble, ce qui lui fait penser, qu'il peut s'agir d'une action mécanique. Il institue alors une nouvelle série d'expériences dans lesquelles il emploie, au lieu de poudre, une solution de 0,05 dans de l'eau bouillie. Les lamelles restent alors libres, le liquide ne se trouble plus et la digestion ne subit aucun ralentissement.

Pour en avoir la preuve absolue, il met une quantité déterminée de suc stomacal intimement mélangé avec 0,05 de saccharine dans des verres pendant 24 heures, à la température de la chambre. Il s'y forme un précipité blanc au dessous duquel on voit un liquide trouble. Ce dernier est filtré, mesuré, additionné d'une partie égale de suc stomacal primitif, et de 0, 02 d'albumine, et placé dans la couveuse. Dans 16 expériences, l'albumine se digère dans le liquide un quart d'heure plus tard que dans la préparation contrôlée.—Le résidu du filtre est mélangé à une solution de 0, 1 0/0 d'acide chlorhydrique, versé dans une capsule à évaporation et mis dans une couveuse à 40º pendant une heure. On le divise, après filtration en deux parties égales que l'on met dans deux éprouvettes. La première est soumise à l'action du feu et remplie à 0,02 c.m.

Les deux portions sont placées dans une couveuse avec 0,02 d'albumine. Dans la première, on ne trouve que l'acide chlorydrique ; dans la seconde (non cuite), une dissolution complète de l'albumine a eu lieu. — Le fait que le résidu du filtre contient de la pepsine indique clairement que le ralentissement de la digestion des albuminoïdes est provoqué par la poudre de saccharine, qui enlève mécaniquement au suc stomacal une partie de sa pepsine; en d'autres termes: la saccharine n'exerce aucune action chimique sur la digestion stomacale. Il s'ensuit que ce médicament ne doit être prescrit aux malades qu'en solution.

2º *Digestion intestinale.* L'auteur ne nous donne que ses premiers résultats sur la digestion intestinale car il nous promet d'en faire une étude spéciale ultérieurement. Il emploie le suc de l'intestin de l'homme à jeun, recueilli suivant la méthode de Boas. De ses expériences, à peu près analogues aux précédentes, il résulte que la saccharine exerce la même action sur les ferments intestinaux que sur ceux de l'estomac. Gano a enfin étudié les propriétés antiputrides du médicament. Pour cela, dans deux éprouvettes il met deux portions égales de suc intestinal alcalin ; à la première il ajoute 0,05 de saccharine ; il bouche toutes les deux avec de la ouate et les abandonne à la température de la chambre. Au bout de deux jours, le liquide de la seconde est décoloré et présente une mauvaise odeur. Celui de la première, après les trois semaines et demie qu'avait duré l'expérience, n'avait subi aucune modification. L'auteur ajoute, qu'à plusieurs reprises, il a obtenu de très bons résultats, en traitant les diarrhées par la saccharine.

En discutant l'ensemble de ses consciencieuses expériences, Gano conclut que les troubles digestifs que l'on peut constater après l'administration de la saccharine *dissoute*, ne peuvent être attribués qu'à des actes réflexes du tube digestif.

MARCANO.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (1).

II. — MAISON CHARDIN.

Fondée depuis 1873, la *Maison Chardin*, grâce à l'initiative hardie de son chef, qui ne craint pas de tenter parfois des modifications vraiment radicales et réussit souvent, a acquis, ces temps derniers, une certaine importance. Elle lutte avec vigueur et succès contre les maisons Gaiffe et Trouvé. On peut dire que le mérite en revient à l'activité et à cette sorte d'instinct artistique que paraît posséder à son insu M. Chardin, puisqu'il prétend ne faire que des choses pratiques. Si nous ne craignions point d'exagérer notre impression personnelle, nous insisterions avec plaisir sur ce côté artistique; mais ici nous devons rester grave. C'est à la Galerie des Machines (Classe LXII, Electricité), mieux qu'à la classe XIV, qu'on aurait pu juger, dans une certaine mesure, de cette tendance, en comparant la vitrine dont nous allons nous occuper maintenant avec sa voisine, moins tapageuse, de M. Gaiffe et celle de M. Trouvé.

Pour étudier cette exposition, nous suivrons la même marche que pour la vitrine de M. Gaiffe.

Rien de particulier à dire ici sur les *Machines d'électricité statique;* passons donc de suite aux *Générateurs hydro-électriques*.

1º— *a*). Parmi les *Piles* nous citerons d'abord le dernier modèle de M. Chardin. Cette pile de Chardin (Voir *Fig.* 5) est d'une

(1) V. *Progr. méd.*, nº 24, tous les suivants de 1889 et nº 1, 1890.

manipulation très simple. Dans le dessin ci-joint, la pile fonctionne. Le zinc (Z) est dans le liquide. Si on veut la mettre au repos, le zinc est placé dans un autre compartiment (A) et le bouchon de caoutchouc vient fermer l'orifice des liquides en remplaçant le zinc; ce qui rend la pile étanche. Le charbon (C) peut être facilement remplacé.

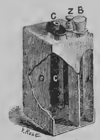


Fig. 5. — Pile de Chardin (modèle n° 3). — *Légende* : A, Compartiment dit Trou du zinc, permettant de mettre le zinc hors de l'atteinte du liquide; —C, Compartiment occupé par le charbon, dont le deuxième C correspond à la partie supérieure; — Z, Zinc; — B, Bouchon de caoutchouc.

Un autre modèle de pile, dite *pile à insufflation*, est aussi dû à M. Chardin; quoiqu'il soit plus ancien, il est intéressant à cause de son principe. La disposition sur laquelle nous devons insister est la façon de faire pénétrer le liquide dans le vase C, où doivent se placer les éléments de la pile. Ceci s'obtient à l'aide d'une poire à insufflation (L, avec robinet M),

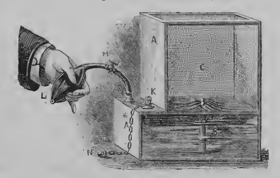


Fig. 6. — Pile à insufflation de Chardin (modèle n° 2).

qui chasse le liquide du compartiment de réserve B dans le vase C. Le transport de cette pile est facile sans qu'on ait à craindre le renversement du liquide (Voir *Fig.* 6).



Fig. 7. — Pile à flotteurs de M. Chardin.

Nous nous garderons bien d'oublier l'ingénieuse *pile à flotteurs*, dans laquelle l'obturation de la pile est obtenue à l'aide d'un bouchon de liège ou flotteur. Il est facile de se rendre compte du fonctionnement de ce flotteur avec l'aide de la Figure 7, si l'on se rappelle le principe suivant : Étant donnée l'action capillaire des flotteurs contre les parois du verre, cette action leur communique la faculté d'obturer les vases dans une mesure suffisante pour les besoins usuels. Le reste du mécanisme est facile à comprendre. Si l'éprouvette étant soulevée par L, les flotteurs rencontrent un obstacle Z, C, représenté par les zinc et charbon, fixés sous une planchette rigide M, les flotteurs s'enfoncent dans le liquide, qui vient les remplacer pour immerger les éléments et rendre le fonctionnement immédiat. Quand les flotteurs ont retrouvé leur liberté, ils remontent à la surface et reprennent leur rôle d'obturateur. Ces piles sont au bisulfate de mercure.

b). Nous devons maintenant citer les appareils où ces piles ont été combinées pour obtenir de grands effets. En ce qui concerne la pile à insufflation, il y a l'*Appareil galvano-caustique portatif à grand effet*. C'est le modèle qui sert dans les plus grandes opérations et pour la lumière électrique; la graduation du courant s'obtient par la manœuvre de la manivelle faisant mouvoir une vis. Elle peut fournir une lumière électrique suffisante pour l'examen des cavités. — A côté, on verra l'*Appareil à flotteurs Chardin* (Voir *Fig.* 8), très répandu dans nos hôpitaux parisiens pour les courants continus utilisés en clinique. Cet appareil est très ingénieusement combiné et très pratique pour le médecin. Les piles sont au bisulfate de mercure. Ceci est le modèle que le praticien doit posséder,

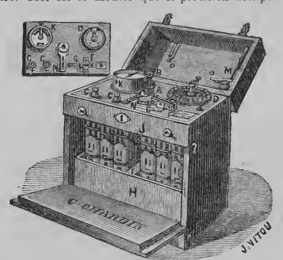


Fig. 8. — Appareil à flotteurs Chardin. — *Légende* : A, Bouton-tulipe commandant l'arrêt et la marche de la pile; — B, Bouton-ornement; — C, Bornes de prise du courant; — D, Collecteur; — F. G, Renverseur; — H, Casier contenant les flacons; — J, Partie fixe contenant la planchette supérieure qui supporte tout le système; — K, Galvanomètre ou galvanoscope tournant sur lui-même; — M, Ressort supportant les tampons de l'appareil; — N, Fourchette mobile s'engageant dans une gorge du bouton.

s'il veut avoir un instrument suffisant pour les besoins de sa clientèle. Mais les malades, qui ne tiennent ni au luxe ni au transport, peuvent se contenter d'un appareil bien moins coûteux, très analogue, mais qui n'est pas pourvu de flotteurs.

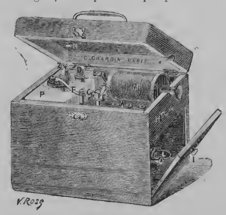


Fig. 9. — Appareil d'induction de M. Chardin (appareil clinique). — *Légende* : P, Pile; — B, Bouton à secousse; — C, Bouton du trembleur; — A, Bornes de prise du courant; — M, Bobine d'induction; — F Ressort mobile qui réunit la pile à l'appareil; — L, Accessoires; — I, Porte renfermant les accessoires; — H, Crochet; — N, Bouton maintenant le bouchon P en place quand l'appareil est fermé.

2° — Si maintenant nous passons aux *Appareils d'induction volta-faradiques*, construits là comme ailleurs sur le modèle ordinaire, la pile seule diffère. Nous avons à signaler des modèles qui doivent leurs qualités précisément à la forme de la pile employée. Le premier est très portatif (Voir *Fig.* 9), d'un usage courant; il possède tous les accessoires ordinaires de ces instruments. C'est là le complément de l'appareil à courant continu, muni de flotteurs. Tout médecin doit en posséder un de cette sorte, car c'est un instrument vraiment pratique.

Il nous reste à mentionner le grand modèle, qui lui est un instrument de laboratoire; c'est *l'appareil électro-physiologique dit à chariot ou à bobine mobile*. Si, au point de vue médical, les piles dont nous venons de parler jusqu'ici sont en général préférées par les praticiens à celles des autres fabricants, il faut avouer que ce dernier appareil ne détrônera peut-être pas son analogue construit par M. Gaiffe, quoiqu'il paraisse plus simple. C'est que lorsqu'il s'agit de recherches précises, la complexité de l'instrumentation, jus-

qu'à une certaine limite, bien entendu, n'est pas un défaut si les résultats sont plus nets. Dans un tel milieu, en effet, on les considère vraiment comme des instruments de précision, et on n'en confie pas le maniement au premier venu, comme l'on fait dans les hôpitaux pour les appareils médicaux. La même réflexion s'applique à ce grand appareil d'induction de Trouvé qui est bien préférable, à cause de son bel interrupteur qui fonctionne avec une précision mathématique.

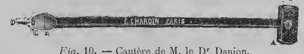


Fig. 10. — Cautère de M. le Dr Danion.

3° — En ce qui concerne les *Appareils divers et les accessoires*, on verra aussi avec intérêt le *cautère de M. le Dr Danion* (Voir *Fig.* 10) ; — l'*Uréthrotome du Dr Jardin* (Voir *Fig.* 11) ; — l'*Epilateur de M. le Dr Brocq* (Voir *Fig.* 12), sorte d'électrode-aiguille qu'on introduit dans le canal pileux pour détruire le poil.

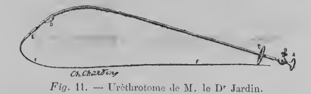


Fig. 11. — Urèthrotome de M. le Dr Jardin.

Le petit point C de la figure représente un petit plateau permettant de limiter l'introduction. Plusieurs aiguilles sont nécessaires, la racine du poil se trouvant, suivant les endroits, à des profondeurs diverses ; un très léger fil conducteur relie cette aiguille à l'appareil. M. le Dr Brocq emploie, pour l'aiguille, le pôle positif du



Fig. 12. — Electrode épilatoire de M. le Dr Blocq.

courant, le pôle négatif étant tenu dans la main. *Le courant utilisé est de 25 milliampères au maximum.* Quoique au premier abord cette opération paraisse délicate et longue, on peut aisément extraire 40 poils à l'heure. Cette méthode peut rendre, paraît-il, bien des services au médecin, souvent embarrassé en présence d'une cliente soucieuse de faire disparaître l'emblème d'un autre sexe. Nous le souhaitons ! Nous en sommes même convaincu, depuis que nous savons que « M. Chardin a reçu la visite de dames turques qui ont donné à cette application toute l'importance d'un avenir nouveau, les procédés épilatoires qu'elles emploient les exposant infailliblement à de fréquentes récidives et à de nombreux accidents épidermiques ! ! »

N'oublions pas l'*Excitateur de l'estomac*, construit par M. Chardin, qui ressemble un peu à celui de M. Bardet, construit par Galante ; mais il en diffère en ce sens que son extrémité A s'applique directement sur les parois stomacales, sans qu'il soit nécessaire d'interposer une nappe liquide ; — l'*Excitateur vaginal* bi-polaire en argent pour l'application des courants d'induction (Voir *Fig.* 13) dont le petit modèle ci-joint a été construit spécialement pour les vierges.

Nous allons enfin citer ici un grand nombre de petites *pièces qui servent à utiliser l'électricité produite* par les diverses sources dont nous avons parlé.



Fig. 13. — Excitateur vaginal bi-polaire, en argent pour vierge (petit modèle).

D'abord, le *Miroir rotatif du Dr Luys pour la fascination*, qui se compose de trois parties : d'un moteur enfermé dans une boîte d'ailettes et d'un verrou d'arrêt. Le moteur se compose d'un mouvement d'horlogerie, se remontant avec une clef qui actionne un système à double pignon donnant à deux arbres verticaux un mouvement égal et de sens contraire. On remarquera que, parmi les ailettes, l'une est percée d'un trou cylindrique, elle se met sur un arbre en cuivre ; l'autre est percée d'un trou carré; elle se met sur l'arbre supérieur en fer. La mise en marche et l'arrêt instantanés sont obtenus avec la fourchette qui opère en frottant sur l'arbre principal.

En ce qui concerne l'*Électrolyse*, il ne faut pas oublier un certain nombre d'électrodes nouveaux : un *Hystéromètre du Dr Apostoli* pour l'électrisation des fibromes utérins. Cette figure représente deux types de l'instrument. La partie C est un isolateur qui sert à limiter l'action caustique. Le bouton E maintient l'appareil à la longueur que l'on a déterminée. Cet instrument est tout en platine. La lance B sert à reproduire des ouvertures accidentelles pour l'application du courant.

En ce qui concerne les accessoires pour *Galvano-caustique* thermique, nous devons citer brièvement la *grande anse* galvano-caustique, pour grandes opérations (tumeurs, polypes utérins, ablations de la langue, du col utérin) ; — la *petite anse*, spéciale pour les opérations moins importantes, que l'on peut manœuvrer d'une seule main (polypes du nez, de la gorge, etc.) ; — Enfin le *manche porte-cautère*, qui peut servir dans tous les cas.

Le prolongement du point où s'établit le courant par la pédale permet de rapprocher la main de l'opérateur du point opéré, et diminuer en même temps l'effort à produire pour établir cette communication. Le verrou, qui peut être animé d'un mouvement horizontal, permet d'établir la communication une fois pour toutes, ce qui dispense l'opérateur d'occuper un doigt pour le même résultat. Une petite ouverture, fermée par un petit guichet en ivoire, permet de voir le système intérieur, de le comprendre et de le nettoyer au besoin.

Enfin, on devra jeter un coup d'œil sur les nombreux modèles de *têtes de cautères* qu'a construites M. Chardin.

L'éclairage électrique est représenté ici par un *Photophore* qui ne nous paraît pas très pratique et qui ne vaut pas mieux que ceux des autres fabricants.

Pour terminer cette longue énumération, signalons l'*Électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers de l'œil.* Cet électro-aimant à extrémités variées permet l'extraction facile des corps étrangers ; le courant peut être fourni par des pile-bouteilles ou par des appareils à galvano-caustique ; il doit, dans tous les cas, prendre sa source dans des piles de quantité, le fil de l'électro étant fort gros et la longueur des pointes diminuant dans une forte proportion l'aimantation initiale.

III. — MAISON TROUVÉ.

Depuis longtemps la *Maison Trouvé* est célèbre pour ses instruments d'électricité médicale. Il n'y avait pas d'ouvrage, il y a quelques années, traitant de cette branche de la physique, qui ne citât déjà à chaque page le nom de cet ingénieux constructeur, connu même au théâtre pour ses jolis bijoux électriques. Aujourd'hui, s'il a été surpassé par ceux qui n'ont pas craint de se cantonner presqu'exclusivement dans les applications de l'électricité à la médecine et à la chirurgie, ses piles, ses appareils d'induction, les instruments spéciaux de son invention, sont cependant toujours très utilisés (surtout à l'étranger) ; ils ont d'ailleurs été modifiés et perfectionnés. On connaît, entr'autres Trouvailles (il y a des noms prédestinés !), la plus typique et la plus artistement construite, à notre point de vue, l'*Explorateur électrique de M. Trouvé.* D'ailleurs nous reviendrons bientôt sur les inventions de ce constructeur, que nous réservons à dessein pour la fin de ce chapitre.

Une remarque tout d'abord. Nos lecteurs auront été fort étonnés sans doute de n'avoir point trouvé l'exposition de M. Trouvé à la Classe XIV, à la place qu'elle devait occuper, à côté de celles de MM. Gaiffe et Chardin. Ce qui les consolera, c'est qu'ils n'auront été qu'étonnés : quant à nous, qui avons dû chercher longtemps dans l'immense Galerie des Machines (immense n'est point ici trop fort) les petits chefs-d'œuvre de M. Trouvé, nous demeurons inconsolables, car nous ne comprenons pas encore cette incompréhensible lacune. Il est vrai qu'à la Classe LXII (Electricité) l'espace accordé à M. Trouvé était voisin d'un moulin à farine et que ce dernier se chargeait de défendre, mieux que ne l'aurait fait le gardien de la Classe XIV, ses instruments si délicats contre l'attaque des poussières atmosphériques en les recouvrant d'une poudre blanche impalpable ! Encore un exposant mécontent ! Mais que M. Trouvé ne se chagrine pas ; il n'était pas le seul et l'on ne sait quel fut le coupable en cette affaire.

Nous n'avons pas à insister ici sur l'ingéniosité de ces petits dispositifs électriques imaginés par M. Trouvé dans mille occasions diverses. Nous devons nous borner aux instruments médicaux ; mais nous tenions à citer toutes ses nombreuses inventions pour montrer dans quel sens il cherche sans cesse, avec plus de prédilection ; ce sont elles en effet qui ont fait surtout connaître cet habile ingénieur au grand public. Pour ses

dernières, nous renvoyons aux comptes rendus de l'Académie des Sciences ou aux journaux de science pure.

1° — *a*). Nous n'arrêterons pas l'attention sur les *Piles de M. Trouvé*. On les connaît. Mais, avant de passer aux appareils d'induction, signalons toutefois son *Appareil galvano-caustique*, qui a ses qualités, y compris ses principaux accessoires, manche interrupteur avec couteau, etc., qui peuvent être placés dans une autre boîte que la pile.

b). — Le *nouvel interrupteur de M. Trouvé*, à interruptions mathématiquement régulières, doit être cité avec une mention

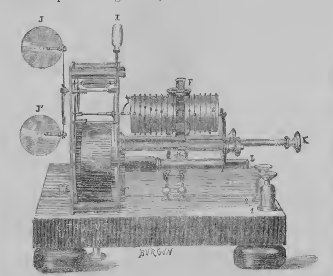


Fig. 14. — Nouvel Interrupteur de M. Trouvé. — *Légende* : 1, 2, Bornes pour les réophores ; — J, J', Volant du mouvement d'horlogerie qui actionne le cylindre ; — E, Cylindre a touches interruptrices ; — H, Stylet interrupteur.

spéciale (Voir *Fig.* 14). On le voyait à l'Exposition au milieu des autres instruments de ce fabricant. Le schéma ci-joint permettra de se rendre compte facilement de son fonctionnement (Voir *Fig.* 15). L'explication de ce schéma et la description de cet instrument, qui a le grand avantage de donner des interruptions indépendantes d'une source électrique, nous entraîneraient trop loin ; nous préférons nous borner à cette simple mention (1). Cet interrupteur a été ajouté au *grand Appareil d'induction à chariot*. Il suffit de citer aussi cet instrument

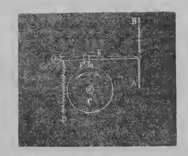


Fig. 15. — Schéma de l'Interrupteur Trouvé. — *Légende* : D, Ressort ; — C, Cylindre ; — [illegible], Stylet interrupteur ; — F, Touche interruptrice.

connu; car, en ce qui concerne les appareils d'induction, on n'a pas, dans ces dernières années, de modification véritablement capitale à enregistrer. M. Trouvé a construit récemment pour un médecin un grand appareil d'induction, dont la glissière se plie et qui peut être portatif. Dans les nouveaux appareils, il ajoute à la règle graduée (simple point de repère) une autre règle où le physiologiste trace ses graduations électriques lui-même.

C'est le moment de rappeler qu'au dernier *Congrès international des Electriciens*, à Paris, M. Trouvé a montré un très élégant *moteur électrique* construit récemment.

Grâce à ce moteur, fait à la demande d'un médecin, et exigeant seulement le concours de deux hommes à la fois, on a une source très constante et très importante d'électricité. La quantité d'électricité produite est telle qu'avec cet appareil on peut soulever un poids de 10 kilogrammes, faire fonctionner une demi-douzaine de lampes à incandescence de dix bougies chacune, ou bien les divers appareils dont un médecin est susceptible de se servir dans son cabinet (*électrolyse*, *galvano-cautérisation*, etc.), Il peut actionner une machine d'électricité statique, placée dans une chambre voisine, etc. Ceci est très important, car on sait combien il est désagréable pour le malade d'être placé sur une de ces machines qu'un homme fait marcher directement. Cet appareil est certainement préférable, pour ce cas du moins, aux moteurs à gaz, qui dégagent trop de vapeur d'eau (ce qui altèrerait rapidement les machines d'électricité statique, par exemple, dans les hôpitaux), ou bien aux moteurs à eau. D'ailleurs il n'est pas bien facile d'employer ces derniers dans certaines villes où la pression d'eau est faible. Nous devons avouer pourtant que le moteur à gaz, dans d'autres cas, est très suffisant, à notre avis, pour avoir une source d'électricité de moyenne importance. Pour s'en assurer, il suffit d'aller visiter, à Levallois-Perret, l'installation électrique si nouvelle du dispensaire Péreire, qui mérite toutes nos félicitations et que nous décrirons sous peu d'ailleurs.

2° — Passons maintenant aux appareils électriques, construits par M. Trouvé, pour faciliter le diagnostic et l'extraction des corps étrangers métalliques qui ont pénétré dans l'organisme. Tout le monde connaît son *Explorateur électrique* et ses *Instruments pour extraire les balles*, dont on trouve partout la description et les figures ; aussi, n'y reviendrons-nous pas. Il suffit de répéter qu'ils ont servi, bien des fois déjà, à reconnaître la présence des balles dans diverses régions du corps. Nous désirons plutôt retenir un instant l'attention sur la façon si élégante, dont M. Trouvé put un jour, dans le service de M. Polaillon, à l'aide d'instruments variés et spéciaux, diagnostiquer sûrement la présence d'une fourchette, que le palper épigastrique ne pouvait faire reconnaître dans l'estomac d'un bateleur. C'est à ce propos que M. Trouvé construisit une *Sonde œsophagienne exploratrice*, sur le modèle de son

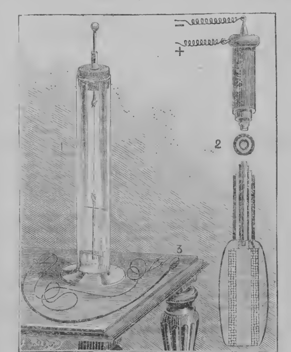


Fig. 16. — 1, A gauche, système d'aiguilles astatiques de M. Trouvé ; — 3, Sonde œsophagienne électrique exploratrice. — 2, Schéma des détails de la construction de cette sonde.

ancien stylet explorateur, avec sonnerie électrique. La sonde d'abord construite était souple ; comme elle pénétrait difficilement, M. Trouvé, pour imiter l'introduction œsophagienne du sabre que ce saltimbanque répétait journellement sur les places publiques, en fit une rigide qui entra sans encombre. A peine fut-elle dans l'estomac que la sonnerie annonça le contact d'un corps métallique. La figure ci-dessous (Voir *Fig.* 16, (2) représente le schéma de cette sonde œsophagienne électrique. L'électro-aimant, — qu'on le remarque, — a été très ingénieusement placé dans l'olive qui termine la sonde.

M. Trouvé, toujours à propos de ce cas, voulant pousser la démonstration plus loin, put affirmer l'existence d'une fourchette dans l'estomac : 1° à l'aide du système d'aiguilles astatiques représentées ci-dessous (Voir *Fig.* 16, 1); 2° à l'aide

(1) On en trouvera d'ailleurs la description à l'article *Electrothérapie* du Dre Dechambre.

d'un gros électro-aimant qui, appliqué sur la région stomacale, soulevait et attirait la fourchette de façon à la faire saillir sous la peau du ventre. L'emploi des aiguilles astatiques avait été très simple, puisqu'il avait suffi d'approcher de l'estomac l'éprouvette de verre qui les renferme pour les voir s'y livrer à une danse effrénée. La réussite de cette expérience prouvait, en outre, qu'on avait affaire à une fourchette de fer et la façon dont ces aiguilles se disposaient, quand elles étaient placées près de la région stomacale, indiquait même la direction intra-cavitaire du corps étranger (1).

M. Trouvé pense qu'avec un électro-aimant assez puissant (on en a aujourd'hui qui peuvent soulever plusieurs kilogrammes) actionnant une sonde œsophagienne électrique spécialement construite, on pourrait peut-être extraire un corps étranger en fer de la cavité stomacale, comme on enlève un morceau d'acier enfoui dans le globe oculaire. Cela serait d'autant plus facile pour une fourchette, par exemple, que l'électro-aimant la prendrait toujours par un bout et précisément par celui qui correspond au manche. Reste à savoir si l'on pourrait avoir une force électro-motrice suffisante pour attirer la fourchette et pour assurer entre elle et la sonde une adhérence capable de surmonter la résistance du cardia. Il paraît que des expériences faites sur les animaux ont montré que la chose n'était pas impossible.

Restons encore dans le domaine de la chirurgie pour signaler la *petite fraiseuse électrique de M. Trouvé* (Voir *Fig.* 17).

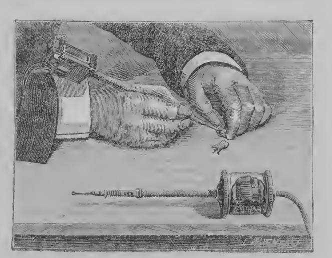


Fig. 17. — Fraiseuse électrique de M. Trouvé.

On sait qu'il est très-ennuyeux dans la trépanation et dans les opérations où il faut faire des sutures osseuses, d'avoir à manier des instruments auxquels on est obligé d'imprimer des mouvements de rotation assez rapides. C'est pour cela qu'ont été inventés le trépan, le politrytome de M. Péan (Mathieu), l'appareil à volant d'Aubry, les tours à fraiser des dentistes (en particulier le modèle Bergstrom), etc., etc. M. Trouvé a eu l'idée fort originale de construire des fraiseuses qui marchent à l'aide de l'électricité. Tout l'appareil électrique est placé à l'extrémité du manche de la fraiseuse. Avec quelques perfectionnements, cet instrument deviendra pratique. Si pour les chirurgiens, qui sont soumis aux dures nécessités de l'asepsie, il ne peut avoir qu'un emploi restreint, les dentistes, au contraire, sont susceptibles d'en retirer les plus grands avantages.

Au point de vue de l'éclairage électrique, appliqué à la médecine ou aux sciences, nous citerons l'appareil dit *Photophore frontal*, qui permet l'examen des différentes cavités du corps humain (oreilles, larynx, etc.). On connaît cette petite lampe à incandescence, si légère, qu'on peut fixer sur le front à l'aide d'une courroie ; et qui peut tourner dans tous les sens, s'élever et s'abaisser, de telle sorte que l'opérateur peut diriger le faisceau lumineux là où son regard doit se porter. A côté, n'oublions pas le *Photophore électrique de MM. Hélot et Trouvé*, instrument employé dans certains laboratoires, et qui permet d'opérer des dissections très fines, en éclairant vivement les préparations. On appréciera le petit volume de ce photophore et son maniement facile ; il peut servir encore à la photographie microscopique des animaux inférieurs. M. le Pr de Lacaze-Duthiers l'a présenté il y a quelques années à l'Académie des Sciences, ainsi qu'un *Appareil d'éclairage pour les liquides pour les laboratoires*. Ce dernier, comme le photophoro, a été construit pour les laboratoires de Zoologie maritime. En même temps, nous signalerons à l'attention des professeurs, l'*auxanoscope électrique*, qui permet d'obtenir des agrandissements de dessins et de photographies, sans avoir recours à des clichés transparents, et qui est en quelque sorte une lanterne magique pour les corps opaques. Grâce à lui, on peut projeter des minéraux, des insectes vivants ou morts, et même des pièces anatomiques naturelles ou artificielles très grossies, sans altération des détails ni des couleurs (1885).



Fig. 18. — Sirène de M. Luys pour l'hypnotisation.

En terminant, citons une petite invention de M. Trouvé, qui, celle-là, n'a rien d'électrique. Il s'agit de la *Sirène de M. Luys* (Voir *Fig.* 18), construite dans le but de produire un bruit très strident d'une façon absolument instantanée, afin de surprendre les personnes hypnotisables et de les endormir à l'instant. Cette sirène, qui fournit des sons rappelant un peu ceux de certains *cri-cris*, jadis célèbres sur les grands boulevards, peut être montée sur une canne ou sur tout autre objet ou même en breloque. Nous lui souhaitons un grand avenir ! Il est probable qu'elle l'obtiendra, mais en dehors du monde médical.

Si nous ne devions nous borner, nous nous laisserions entraîner à citer bien d'autres inventions très curieuses d'une maison qui sait dignement soutenir l'honneur d'un nom désormais universellement connu ; bornons-nous à faire remarquer que M. Trouvé est encore celui de nos fabricants qui essaie le plus de trouver des instruments ou des méthodes pour perfectionner le diagnostic à l'aide de l'électricité. En cela, il a bien mérité de la Chirurgie.

(*A suivre*). MARCEL BAUDOUIN.

VARIA

L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE.

I. — Considérations générales.

a). *Grippe et Dengue*. — Décidément, à quelle épidémie avons-nous affaire? A Paris, où l'état sanitaire s'est sensiblement amendé depuis notre dernier numéro, elle paraît finir en *grippe* d'une façon assez nette, grippe reconnaissable à ses complications.

Or, voici que de Madrid on écrit à la *Gazette des Hôpitaux* (1) que l'épidémie qui règne en cette ville est la véritable Dengue ! L'observateur, M. le Dr Parody, a vu lui-même pendant plus de vingt ans de suite (depuis 1863), beaucoup de malades atteints de la Dengue au sud de l'Espagne, et il n'hésite pas à la reconnaître dans l'affection qui court le monde, sans respecter les mers. Il est néanmoins curieux de voir la Dengue en 1889 envahir l'Espagne par la France, tandis que les années précédentes l'invasion débutait par l'Andalousie.

On a fait aussi d'autres remarques : c'est à Paris, chez les enfants et les adolescents, que l'affection a évolué avec toutes les allures d'une maladie éruptive, une allure « denguiforme » — qu'on nous passe ce désagréable barbarisme, — sinon avec celles de la dengue vraie, atténuée. Chez les adultes, on a observé assez souvent les mêmes caractères, mais avec absence d'éruption ; chez les vieillards, ce sont les *manifestations pulmonaires, parfois sérieuses, qui ont dominé.*

D'autre part, à la dernière séance de l'Académie, M. le Dr J. Pinger (de Bois-Colombes) a adressé un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de l'épidémie de 1889-90 (dengue modifiée)*.

(1) Voir *Académie de Médecine* 24 août 1886.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 7 janvier 1890.

Le titre seul indique les conclusions du travail de ce médecin. Avouons que tout cela est bien curieux, pour être, *administrativement*, de la grippe dans tous les cas ! D'ailleurs, on s'est vite consolé, à Paris, de cette absence de diagnostic précis, puisque la maladie était bénigne !

b). *La mortalité*. — Comment se fait-il pourtant que la mortalité augmente encore? Elle est en effet un peu plus élevée cette semaine que la semaine précédente. Il y a 500 décès par pneumonie, chiffre respectable. M. Bertillon fait ressortir avec raison que ce sont les enfants surtout qui sont le moins atteints ; les adultes au contraire le seraient plus que les vieillards. Les maladies chroniques, susceptibles de recevoir des complications pulmonaires, reçoivent actuellement une terminaison plus rapide.

La fréquence des malades épidémiques ordinaires (fièvre typhoïde, diphtérie, etc.) n'est modifiée en rien par l'influenza. Même celles qui peuvent se compliquer d'accidents pulmonaires (telles que la rougeole ou la scarlatine), n'ont pas augmenté de fréquence.

c). *Médecins et Géographes devant l'Influenza.* — A propos de divers articles parus dans le *Temps* sur l'épidémie actuelle, M. Charles Rabot, géographe, avait adressé à ce journal les observations faites au cours de ses voyages dans le Nord de l'Europe sur l'Influenza. Cette communication a remis en mémoire un passage d'Elisée Reclus. En lisant ce qui y est dit de la « maladie des huit jours », redoutée des habitants de l'île de Saint-Kilda (à l'ouest des Hébrides) et en rapprochant cette maladie de celle qui sévit à Paris et des circonstances indiquées par M. Rabot, on sera frappé de l'analogie. Voici du reste le passage en question :

« La petite communauté de Saint-Kilda, composée en juillet 1877 de 19 familles et 76 individus, constitue, par le fait même de son isolement, un groupe tellement distinct que l'arrivée d'un navire, avec ses matelots, ses passagers, dont le genre de vie diffère absolument de celui des insulaires, suffit à donner aux Gaëls de Saint-Kilda un malaise général accompagné de rhume ; cette maladie, que l'on appelle *eight days sickness* (maladie des huit jours) ou *boat-cough* (rhume de bateau), est dangereuse surtout pour les hommes, et quand le bateau qui importe le mal est venu de l'île Harris, les cas de mort causés par cette affection ne sont pas rares. De même, dans plusieurs îles du Pacifique, la seule présence d'un étranger suffit pour répandre comme une atmosphère de maladie. » (Elisée Reclus. Géographie universelle, IV, 705).

Le passage contenant quelques inexactitudes, M. le Dr H. Labonne, un des explorateurs de l'Islande, a adressé au *Temps* l'intéressante lettre qu'on va lire, car nous croyons utile de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Je trouve dans la citation empruntée à notre grand géographe une erreur qu'il est absolument utile de relever. La *Géographie universelle* dit : « L'arrivée d'un navire étranger donne aux Gaëls de Saint-Kilda un malaise général accompagné de rhume ; cette maladie, que l'on appelle *eight days sickness* (maladie des huit jours) ou *boat-cough* (rhume de bateau) est dangereuse surtout pour les hommes, etc., etc. »

L'*eight days sickness* et le *boat-cough*, confondus dans ce passage, sont deux maladies absolument distinctes, et M. Elisée Reclus, qui déploie tant d'ardeur dans la recherche de la vérité scientifique, me saura gré de la petite modification que j'ose faire. L'*eight days sickness* n'est pas du tout le *boat-cough*, mais bien le tétanos des nouveau-nés (*trismus neatorum*) qui tue, presque sans exception, tous les enfants de Saint-Kilda, dont la population ne se conserve plus que par l'immigration. Six jours après la naissance, le nouveau-né cesse subitement de téter, atteint de contraction de mâchoires, puis les convulsions éclatent et emportent le pauvre être le huitième jour, d'où le nom de maladie de huit jours.

Dans un article de la *Gazette de médecine et de chirurgie*, j'ai cité les expériences qui me permettent d'attribuer aux oiseaux, particulièrement au Julmar-pétrel, l'origine de ce mal tétanique. Les habitants de Saints-Kilda vivent surtout de la chair et de l'huile de cet oiseau, qui leur sert aussi d'éclairage et même de combustible ! — Quant au *boat-cough* (rhume de bateau), maladie très distincte, je le répète, puisqu'elle n'atteint que les adultes, c'est, en effet, une « influenza » qui frappe les habitants *dès qu'un rare navire étranger vient les visiter*. Un après l'autre, tous les Saint-Kildiens sont pris d'abord d'éternuements, puis de coryza. C'est aux îles Flannen que j'ai obtenu d'un pêcheur tous les détails que je donne. Le rapprochement de votre honorable correspondant entre la communication de M. Rabot et le passage cité d'Elisée Reclus n'en est pas moins judicieux, mais demande une conclusion qui s'impose. A savoir que M. Rabot, qui attribue « l'influenza » aux variations brusques de température, devrait aussi faire remarquer qu'en descendant du Spitzberg ou du Grœnland en Norvège il quitte des pays déserts pour pénétrer en terre habitée, et que l'*homme est la plus vraisemblable raison de la propagation de la maladie*. En Islande, j'ai pu également avec impunité traverser à la nage des fleuves glacés, n'ayant pour me réchauffer sur l'autre rive qu'un galop à dos de poney, sans possibilité de changer de vêtements, et jamais je n'ai toussé, et de même mon guide ou les Islandais qui m'accompagnaient. Cependant, dans la Terre de glace, les variations de température sont parfois extraordinaires. A un vent brûlant, venu du Sud, succède souvent à quelques heures d'intervalle un souffle de banquise du Nord qui fait osciller le thermomètre de dix degrés. Au Grœnland, la phtisie ne frappe pas les Esquimaux qui vivent isolés ; mais si un Danois en puissance de cette maladie vient à dormir dans leur hutte d'hiver, il leur communique le mal, et bientôt beaucoup d'individus meurent phtisiques. C'est un fait prouvé. La variation brusque de température peut *favoriser, mais non déterminer, l'éclosion de l'influenza*. »

M. Rabot a répondu à M. Labonne qu'il ne partageait pas son opinion sur l'inaptitude des Esquimaux du Grœnland à contracter des maladies de poitrine. Nous ne reproduirons pas ses arguments, qui ne sont pas tous d'ordre médical et qui devraient être discutés. Il ajoute :

Au Grœnland, région on peut dire fermée aux Européens, l'influenza et plusieurs affections de la poitrine sont endémiques et épidémiques. Les indigènes sont décimés par ces maladies, alors que les Européens ne sont point atteints pendant les premiers temps de leur séjour. Ce n'est qu'après une résidence de trois ans, m'a-t-on dit là-bas, que les fonctionnaires danois prennent leur premier rhume. Relativement à l'influenza, les rapports officiels du Grœnland, publiés par les soins du gouvernement danois, contiennent des détails très intéressants. Voici la traduction d'un passage relatif à l'une des épidémies :

« Après l'été chaud de 1866, une épidémie d'influenza (le mot se trouve dans le texte danois) éclata à Upernivik (Upernivik est la localité la plus septentrionale du monde, habitée d'une manière permanente). En automne, elle gagna un district de la baie de Disko. Sur ce point, au printemps de 1867, l'épidémie reparut plus violente, puis se répandit dans toute la région, où elle fit de très nombreuses victimes. A la même époque, elle reprit dans les districts plus septentrionaux, mais elle y fut relativement bénigne. Presque toujours la maladie se manifestait sous la forme d'une pleurésie. Les indigènes qui guérirent ne recouvrèrent leurs forces que très longtemps après être entrés en convalescence, et ne purent, pour la plupart, aller à la chasse au phoque l'été suivant. L'épidémie frappa surtout les indigènes dans la force de l'âge. »

Au mois d'août 1867 l'épidémie gagna les établissements du Grœnland méridional. Depuis 1867 de fréquentes épidémies d'affections de poitrine ont décimé les Esquimaux du Grœnland. En 1885, toujours en été, les indigènes du district de Julianehaab ont été éprouvés par une maladie de ce genre.

« Dans cette région, écrit le docteur Rink, qui a été longtemps gouverneur du Grœnland, l'influenza prend une forme pernicieuse. En quelques jours, elle at at les constitutions les plus robustes et enlève les indigènes dans la force de l'age. Durant ces dernières années (le livre du docteur Rink date de 1857), les effets de cette épidémie ont été effrayants, surtout en automne. A mesure que la température s'abaisse, la maladie devient moins grave et entre en décroissance. »

d). *Les causes de l'épidémie.* — On voit cependant que la lettre de M. Labonne vient corroborer l'opinion que nous avons émis dans nos précédents numéros, à savoir que les conditions cosmiques actuelles ne sont pas suffisantes pour déterminer l'éclosion d'une épidémie analogue à celle qui sévit avec intensité à Paris depuis plus de 3 semaines et en province depuis quelques jours. Nous avions donc un peu raison d'engager les chercheurs à tourner d'un autre côté leurs investigations pathogéniques. De la lettre de M. le Dr Labonne se dégagerait aussi ce fait que l'*homme semble être la raison de la propagation de la maladie*.

Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il en fut réellement ainsi. On ne veut pas encore admettre la contagion au moins comme probable (nous ne parlons pas ici, bien entendu, de démonstration). Soit. Pourtant, qu'on songe à la façon dont progresse et évolue l'épidémie? Qu'on réfléchisse à ces fameuses influences cosmiques. Ces jours derniers, l'épidémie sévit avec fureur à Marseille, comme ailleurs, et on nous écrit qu'il y fait un temps superbe ! Si c'était comme il y a quelques jours à Paris, avouez que la température était supportable. Un jour

nous avons eu 10° et 775 au baromètre. Que veut-on de plus en janvier ? Malgré cela, l'Influenza gagne toujours ; on la voit éclore çà et là, comme si une main invisible en déposait le germe aux quatre coins d'une moitié du monde ! Remarquons enfin que M. le Pr Nothnagel, à la dernière séance de la *Société império-royale des médecins de Vienne*, a déclaré que la maladie actuelle était *produite par une bactérie* ou mieux une ptomaïne fabriquée par une bactérie, et qu'il s'agissait bien d'une *maladie infectieuse*. De plus, à son avis, la *contagiosité* est très probable.

II. — Marche et diffusion de l'épidémie.

1. — *L'influenza à Paris et aux environs.* — *L'Union des femmes de France* vient de faire appel à ses adhérents, pour organiser un service de secours en faveur des victimes de l'épidémie. Ce service sera installé dans six arrondissements de Paris. Quatre postes fonctionnent dès aujourd'hui : rue Bridaine, 7 ; rue de la Chaussée-d'Antin, 29; rue Dauphine, 20; rue Saint-Dominique, 76. Outre les soins qui seront donnés dans ces postes, un service de visites à domicile, par les dames de l'Union et, s'il est nécessaire, par des médecins, est organisé pour tout le temps que durera l'épidémie. Les médecins et les dames de l'Union seront munis de carnets de bons sur lesquels seront inscrits les médicaments et les aliments qu'il y aura lieu de fournir. Les médicaments seront délivrés par les postes de secours de l'Union, et les aliments par les fourneaux de la Société philanthropique. Des bons de chauffage seront également distribués. Comme, dans les circonstances actuelles, un encombrement des postes était à craindre, l'Union des femmes de France a décidé de n'admettre aux secours que les malades munis d'une fiche qui leur sera remise par l'hôpital le plus voisin de leur domicile.— M. le Ministre de la guerre a adressé une circulaire aux commandants de corps d'armée pour leur donner des instructions en vue de l'épidémie. — L'encombrement des hôpitaux a diminué notablement. En ville, la situation est un peu meilleure. — Le ministre de l'intérieur vient de mettre exceptionnellement à la disposition de l'Assistance publique de Paris quarante lits de plus que d'habitude à l'Asile national de convalescents de Vincennes.— L'Assistance publique vient d'aménager à l'hôpital Necker un nouveau bâtiment qui permettra l'installation d'une quarantaine de nouveaux lits. — Pour se faire une idée comparative de la mortalité à Paris pendant la période actuelle et les périodes correspondantes des années précédentes, on a établi le tableau suivant qui donne le chiffre des décès du 25 décembre au 7 janvier durant les trois années dernières.

Années.	1re semaine	52e semaine
1887	»	1.112
1888	1.185	1.070
1889	970	2.334
1890	2.683	»

Dans la *Banlieue*, l'épidémie continue à sévir avec intensité, à *Saint-Mandé*, à *Saint-Cloud*, et surtout à *Argenteuil* (1/3 de la population malade). A Argenteuil, la forme prédominante est celle qui s'accompagne de fièvre et de courbature, sans catarrhe des voies respiratoires.

2.— *L'influenza en province.*— De tous les points de la province on signale que l' « influenza » sévit partout avec rigueur. Sur le littoral de l'Océan et de la Méditerranée, les populations sont spécialement éprouvées. Voici quelques renseignements puisés aux sources les plus autorisées.

a). *Sud.* — A *Montpellier*, l'influenza fait sentir cruellement ses effets. Sur un personnel de 107 employés, l'usine à gaz compte 52 malades. La moitié du personnel de la gare est hors de service. Des militaires ont été requis pour la poste. Le nombre des décès s'est accru rapidement dans des proportions inquiétantes. Alors que la moyenne quotidienne des décès n'est que de 4 ou 5 par jour, on a enregistré, pendant les quatre premiers jours de janvier, 52 décès, soit une moyenne quotidienne de 13 décès. Il y a eu hier 17 décès et avant-hier 22. — Le nombre des malades est considérable, à *Aix* et à *Arles*, où l'influenza continue à sévir. Dans le *Vaucluse*, l'épidémie fait rage et à l'*Isle-sur-Sorgues*, plus de 400 personnes sont atteintes. A *Pont-Saint-Esprit*, dans le Gard, la mortalité a augmenté, cette semaine, dans des proportions inquiétantes.— A *Gap*, l'Ecole normale des filles vient d'être licenciée. L'hôpital regorge de soldats malades.

L'influenza suit à *Marseille* une marche ascensionnelle très marquée et les décès, ces derniers jours, ont atteints un total de 359. Ils ne s'étaient élevés qu'à 171 pendant la période correspondante de 1889. Plus de la moitié des instituteurs et des institutrices sont malades. Au télégraphe on a dû recourir à l'administration militaire pour assurer le service. Les hopitaux regorgent de malades, et, pour donner satisfaction au plus grand nombre, on a dû installer des lits supplémentaires ; les décès y ont augmenté dans une proportion de 50 0/0. Le personnel hospitalier a été également éprouvé. L'épidémie semble être à son apogée; en une journée, 89 décès (au lieu de 33), chiffre rarement atteint pendant le choléra de 1885, *malgré le temps qui est superbe*

A *Toulon*, voici qu'elle était la situation exacte de l'influenza dans la marine mercredi dernier : hôpitaux, 800; escadre, 360; marins vétérans et pompiers, 150; ouvriers de l'arsenal traités à domicile, 975; exempts de service, équipages de la flotte et casernes de la marine, 300; soit 2,585.

A *Nimes*, le désarroi règne dans plusieurs administrations. L'administration des postes et télégraphes a dû recourir aux télégraphistes militaires pour assurer le service qui, néanmoins, se fait très difficilement. En comparant le chiffre des décès du mois de décembre 1888 à ceux de décembre 1889, on trouve, pour ce dernier, 50 décès en plus.

A *Narbonne*, à *Rodez* et à *Toulouse* l'épidémie continue. Elle est en ce moment en recrudescence à *Grenoble*. Les médecins estiment à dix mille environ le nombre des personnes atteintes, soit le cinquième de la population. — A *Perpignan*, on constate que les hommes, presque seuls, sont atteints. Les femmes, en général, sont épargnées.— A *Embrun* et à *Manosque*, l'influenza fait des progrès, ainsi qu'à *Avignon*. On observe une augmentation sensible de la mortalité. — A *Bastia*, les malades se comptent par centaines et il est entré depuis deux jours plus de soixante soldats à l'hôpital. La maladie n'offre cependant encore aucun caractère de gravité.

b) *Centre.* — A *Saint-Etienne-du-Rouvray*, l'épidémie atteint des proportions inquiétantes. Hommes, femmes, enfants de tous les ateliers, tant de la filature que du tissage et des apprêts, payent tour à tour leur tribut à la maladie sans distinction. Dans le Cantal, on signale l'apparition de l'influenza dans les arrondissements de *Murat* et de *Saint-Flour*. Dans cette dernière ville, on compte déjà une centaine de cas, peu graves il est vrai. L'influenza a fait il y a peu de jour sson apparition à *Aurillac* et déjà une centaine de personnes environ sont atteintes de l'épidémie. Le 139e d'infanterie compte de son côté, en moyenne, une dizaine d'hommes par compagnie indisposés, mais leur état n'inspire pas d'inquiétude. L'autorité militaire a prescrit néanmoins, en raison de l'épidémie, la suspension momentanée des exercices du matin.

Dans le reste du centre de la France, à *Tulle*, à *Nevers*, l'épidémie fait des progrès. A Tulle, suivant le *Corrézien*, cinq cents ouvriers de la manufacture d'armes sont atteints. A Bourges, on calcule qu'il y a trois mille cas environ; la garnison est prise. Un certain nombre d'employés du chemin de fer ont dû abandonner leur service. A *Angoulême* des cas d'influenza ont été constatés. Dans l'administration des postes et télégraphes, les malades sont particulièrement nombreux.

c) *Est.* — On écrit de *Montbéliard* (Doubs) que 1,500 personnes environ sont alitées. La garnison est fortement éprouvée. Trois établissements industriels ont dû être fermés faute de bras. — A *Dijon*, il y aurait 10,000 malades. — L'hôpital de *Besançon* compte un certain nombre de personnes atteintes parmi son personnel. — Malades nombreux à *Lons-le-Saulnier* et à *Bourg*.

A *Lyon*, l'influenza exerce toujours ses ravages. Lundi dernier il y a eu 40 inhumations ; mardi, il y en avait 60. Le chiffre des décès du 3 janvier est de 52, soit le double du chiffre normal. La température *est presque tout à fait printanière.*

d) *Nord.* — Dans le *Nord*, on signale les villes de *Fourmies* et *Wignehies* (Nord), qui se touchent, comme fortement atteintes; il manque dans la plupart des établissements industriels un quart et jusqu'à un tiers du personnel. Jusqu'ici, néanmoins, le nombre des décès n'est pas sensiblement supérieur à ceux des autres époques de l'année.

L'épidémie est intense à *Valenciennes*, *Lille*, *Amiens*, *Arras*, *Saint-Pol* et *Dunkerque*. — A *Lens*, les mineurs sont très éprouvés.

A *Berck-sur-Mer*, l'épidémie règne dans l'hopital, comme à *Lille*, *Roubaix*, *Tourcoing*.—*Le Havre* est atteint aussi, de meme que *Rouen* et le *Mans*, où l'épidemie progresse.

e). *Ouest.*—A *Brest*, l'Influenza augmente beaucoup d'intensité. Une soixantaine d'élèves du *Borda* ont été à l'hôpital maritime, où une centaine de marins et de soldats entrent par jour. La population civile est durement éprouvée. Les médecins et les pharmaciens sont débordés. Le directeur du service de santé de la marine a demandé 12 infirmiers supplémentaires. Le personnel des postes, les employés de la marine les écoles communales sont fortement atteints. Il y a quelques cas graves. Les ouvriers de l'arsenal sont pris.

A *Nantes*, la caserne d'infanterie compte deux cents malades. Il n'y a pas de cas grave. Le chiffre moyen actuel de la mortalite en ville n'est pas supérieur au chiffre normal. — A *Angers*, l'épidémie est legère. — L'épidemie règne en *Vendée*.

A *Bordeaux*, tous les lits des hôpitaux civils et militaires sont occupés. La mortalité est sensiblement plus forte que la moyenne ordinaire. Il y a vingt décès par jour, tandis que, les années précédentes, on n'en comptait que huit à dix. Voici d'ailleurs ce que dit le *Journal de médecine* : « Depuis une quinzaine de jours, l'influenza sévit dans notre ville avec une grande intensité. Un nombre très considérable de personnes en sont atteintes. Mais les cas sont généralement bénins. L'hôpital Saint-André regorge de malades, et on a été obligé d'installer un service provisoire à l'hôpital d'isolement de Pellegrin. Plusieurs de nos confrères ont déjà payé leur tribut à la maladie régnante. »

Nombreux cas à *Mont-de-Marsan* et *Dax*, comme à *Poitiers*.

f). *Algérie*. — Un millier de personnes sont atteintes à *Alger*, *Sétif*, *Oran*. Il y a des cas dans la province de *Constantine* ; à *Tunis* où l'influenza sévit avec intensité depuis quelques jours seulement.

3.— *L'Influenza à l'Etranger*.— *Allemagne*. — L'épidémie règne à *Mannheim*, *Erfurt* (1.600 ouvriers malades sur 2.500 à la fabrique d'armes), *Cologne* (130 morts au lieu de 60 depuis 4 jours), *Metz* (8.000 malades) et les environs, dans toute l'*Alsace* (Mulhouse, Strasbourg), à Franckfort-sur-le-Mein. A *Berlin*, 1.047 morts la semaine dernière. A *Munich*, la consommation de la bière a diminué depuis le début de l'épidémie de 1.500 litres. La Bavière continue à être très frappée.— *Autriche*. Pas de changement à *Vienne*. — *Espagne*. Saragosse est atteinte. 980 décès à Madrid pour les 5 premiers jours de l'année. — *Italie*. Cas nombreux à Crémone, Sienne, Florence, Ferrare, Turin, Milan (40.000 cas), Vérone, Venise, Gênes, Bologne, Livourne. L'épidémie continue à Rome. — *Hollande*. La Hollande est envahie à son tour. — *Russie*. On compte à Moscou 3,000 malades ; plus de malades à *Saint-Pétersbourg*.

Suisse. — A *Fribourg*, il y a 5,000 malades. *Coire* est atteinte comme *Genève* (18 décès en un jour, chiffre énorme), *Berne* (15 décès, ce qui ferait 1,000 décès par jour à Paris), *Zurich*. — *Angleterre*. L'influenza est en progrès à *Londres*. On la signale à *Colchester* et à *Dublin*. — *Turquie*. L'épidémie règne à *Constantinople*, où il y a aussi beaucoup de cas de diphtérie. — *Amérique*. A *New-York*, il y a eu la semaine dernière 1,202 décès (762 la semaine précédente), chiffre sans précédent. La situation est la même que partout, mais la mortalité journalière très élevée. — Le *Mexique* est aussi envahi. — Au *Canada*, il règne également une maladie que l'on considère généralement comme étant l'influenza. Toutefois, les médecins d'Ontario prétendent que les symptômes n'en sont pas les mêmes que ceux de la maladie qui sévit en Europe. A Montréal, on a constaté un grand nombre de cas de cette maladie. A Québec, une quarantaine de personnes viennent d'être atteintes. L'épidémie se propage avec une grande rapidité, mais sa forme paraît très bénigne. On n'a relevé jusqu'ici aucun cas qui présentât quelque gravité.

III. — L'influenza chez les Animaux.

Malgré l'opinion du *Mercredi médical*, l'épidémie actuelle semble avoir atteint les animaux de Paris, et les chevaux en particulier, du moins ceux des grandes écuries. Mais comme nous le faisions remarquer dans un de nos derniers numéros, les vétérinaires ne savent pas trop encore sous quelle étiquette clinique ils doivent ranger les symptômes que quelques-uns d'entre eux ont observés.

Si les caractères de l'épidémie à Paris sont aussi obscurs chez les animaux que chez l'homme, il paraît qu'à l'étranger il n'en est pas ainsi (ce qu'il faudrait savoir pourtant d'une façon exacte).

En effet, on raconte dans les journaux politiques et même dans le *Mercredi Médical*, que parmi les superbes chevaux du roi des Belges (déjà célèbres aujourd'hui, car ils seraient la cause de l'incendie du château de Laeken), il en est mort *huit* de lésions pulmonaires consécutives à l'influenza. Notre confrère pourrait-il nous dire si, à sa connaissance, des chats ou des chiens (car ces agréables bêtes sont comme nous, paraît-il, égales devant la grippe) ont été frappés? Ce serait fort intéressant. Nous songeons, malgré nous, aux *Animaux malades... de l'Influenza*, morale comprise.

Marcel BAUDOUIN.

Dixième Congrès Médical international (Berlin 1890).

Statuts et Programme. — Art. I. Le dixième Congrès médical international s'ouvrira à Berlin, le lundi 4 août 1890 et sera clos le samedi soir 9 août. — Art. II. Sont admis à prendre part aux travaux du Congrès les médecins diplômés qui, s'étant fait inscrire comme membres, auront retiré leurs cartes. D'autres personnes, non docteurs en médecine, que les travaux du Congrès intéressent, pourront être admises comme membres extraordinaires. La cotisation des membres est fixée à 20 marks, payables au moment de l'inscription. Elle donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès, qui sera adressé à chaque membre aussitot après sa publication. Les inscriptions se feront à l'ouverture du Congrès. Toutefois les membres qui désirent se faire inscrire avant pourront faire parvenir au trésorier le montant de la cotisation en y joignant leurs noms et leur adresse exacte (1). — Art. III. Le but du Congrès est exclusivement scientifique. — Art. IV. Le Congrès comprendra 18 sections. Chaque membre voudra bien, en s'inscrivant, désigner la section ou les sections dont il désire faire partie. — Art. V. A la séance d'ouverture, le comité d'organisation procédera à l'élection du bureau définitif, qui comprendra un président, trois vice-présidents et un nombre indéterminé de présidents d'honneur et de secrétaires. Chaque section, en organisant ses séances, élira un président et un nombre suffisant de présidents d'honneur qui dirigeront alternativement les travaux. A cause des différentes langues, un certain nombre de secrétaires sera choisi parmi les membres étrangers. Leurs fonctions sont limitées à la session du Congrès. Après la clôture du Congrès, la publication des travaux sera l'objet des soins d'un comité de rédaction tout spécial, à désigner par le président. — Art. VI. Le Congrès se réunit tous les jours, soit pour des séances générales, soit pour les travaux des sections. Les séances générales ont lieu de 11 à 2 heures ; il y en aura trois. L'heure des séances des sections est fixée par les sections elles-mêmes ; cependant il est entendu qu'aucune séance de section ne sera fixée aux heures réservées pour les séances générales. Des séances en commun de deux ou plusieurs sections peuvent avoir lieu, pourvu que le bureau du Congrès puisse mettre à leur disposition les salles nécessaires. — Art. VII. Les séances générales ont pour objet : a) Tout ce qui concerne le Congrès en général et son travail. b) Les discours et communications qui présentent un intérêt général. — Art. VIII. Les orateurs chargés de prononcer les discours aux séances générales ainsi qu'aux séances extraordinaires à fixer ultérieurement, sont désignés par le comité d'organisation. Les propositions qui concernent le Congrès doivent être adressées au comité d'organisation avant le 1er juillet 1890. Le comité décidera s'il convient de mettre ces propositions à l'ordre du jour. — Art. IX. Dans les séances des sections on discute les questions et les matières présentées par le comité d'organisation de la section. Le travail des rapporteurs choisis par le comité, ainsi que les autres communications et propositions inscrites concernant le sujet traité, servent de base à la discussion. Si le temps le permet, d'autres communications et d'autres sujets proposés par des membres et acceptés par le comité de la section, peuvent aussi être discutés. Le bureau de chaque section décide de l'acceptation de semblables communications et de l'ordre dans lequel elles doivent être discutées, lorsque cela n'a pas été décidé en séance par la section elle-même. — Art. X. Les orateurs chargés d'ouvrir la discussion dans les sections auront 20 *minutes* pour faire leurs discours ; dans le cours de la discussion on ne pourra dépasser 10 *minutes*. — Art. XI. Les manuscrits des discours et communications, tant pour les séances générales que pour celles des sections, doivent être remis aux secrétaires avant la fin de chaque séance. Le comité de rédaction décidera si ces manuscrits doivent être publiés dans le compte-rendu des travaux du Congrès, et dans quelles limites. Les membres qui ont pris part aux discussions sont priés de remettre aux secrétaires, avant la fin de chaque séance, une note écrite des observations qu'ils auront faites au cours de la séance. — Art. XII. Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le français. Les statuts, programme et ordres du jour seront imprimés dans les trois langues. Toutefois, les membres seront autorisés à se servir d'une autre langue, mais pour de très courtes observations seulement, et s'il se trouve dans l'assemblée un membre qui se charge de reproduire ces observations dans une des langues officielles. — Art. XIII. Les présidents des séances dirigeront les travaux d'après les règles parlementaires en usage dans les assemblées. — Art. XIV. Les étudiants en médecine, ainsi que d'autres personnes des deux sexes, qui, sans être docteurs en médecine, s'intéresseraient aux travaux de l'une ou l'autre séance, pourront être invités ou autorisés par le président à assister à la séance, mais comme auditeurs seulement. — Art. XV. Les communications et les demandes qui concernent les affaires de chaque section doivent être adressées aux présidents des sections. Toutes les autres demandes et communications regardent le secrétaire général, Dr LASSAR, Berlin NW., 19 Karlstrasse.

Liste des sections et des comités spéciaux d'organisation.

(Les noms des gérants sont imprimés en petites capitales).

1° *Anatomie*. — Flemming, Kiel. Hasse, Breslau. HERTWIG, Berlin W., Maassenstr. 34. His, Leipzig. v. Kolliker, Wurzburg. Kupffer, München. Merkel, Göttingen. Schwalbe, Strasbourg. Wiedersheim, Freiburg.

2° *Physiologie et chimie physiologique*. — Bernstein, Halle. Biedermann, Jena. DU BOIS-REYMOND, Berlin, W. Neue Wilhelmstr. 15. Heidenhain, Breslau. Hensen, Kiel. Hufner, Tübingen. Hoppe-Seyler, Strasbourg. H. Munk, Berlin. Voit, München.

(1) Veuillez adresser : Docteur M. BARTELS, Berlin SW, 75 Leipziger Strasse, et joignez une carte de visite, s. v. p.

3° *Pathologie générale et anatomie pathologique.* — Arnold, Heidelberg. Bollinger, München. Grawitz, Greifswald. Heller, Kiel. Ponfick, Breslau. v. Recklinghausen. Strasbourg. VIRCHOW, Berlin W., Schellingstr. 10. Weigert. Frankfurt a. M. Zenker, Erlangen.

4° *Pharmacologie.* — Binz, Bonn. Böhm, Leipsig. Filehne, Breslau. Jaffé, Königsberhg. LIEBREICH, Berlin NW., Dorotheen-Strasse 34 a. Marmé, Göttingen. Penzoldt, Göttingen. Schmiedeberg, Strasbourg, Hugo Schulz, Greifswald.

5° *Médecine interne.* — Biermer, Breslau. Gerhard, Berlin. Leube, Würzburg. LEYDEN, Berlin W., Thiergarten-Strasse 14. Lichtheim, Königsberg. Liebermeister, Tübingen. Mosler, Greifswald. Naunyn, Strasbourg.v. Ziemssen, München.

6° *Paediatrie.* — Baginsky, Berlin. HENOCH, Berlin W., Bellevuestr. 8. Heubner, Leipzig. Kohts, Strasbourg. Krabler, Greifswald, Ranke, München. Rehn, Frankfurt a. M. Soltmann, Breslau. Steffen, Stettin.

7° *Chirurgie.* — Bardeleben, Berlin. v. BERGMANN, Berlin NW., Alexander Ufer 1. Czerny, Heidelberg. König, Göttingen. v. Lotzbeck, München. Schede, Halle. C. Thiersch, Leipzig. Trendelenburg, Bonn. Wagner, Königshütte.

8° *Obstétrique et Gynécologie.* — Fritsch, Breslau. Gusserow, Berlin. Hegar, Freiburg. Hofmeyer, Würzburg. Kaltenbach, Halle. Löhlein, Giessen. MARTIN, Berlin NW., Moltkestr. 2. Ohlshausen, Berlin. Winckel, München.

9° *Névrologie et Psychiatrie.* — Binswanger, Jena. Emminghaus, Freiburg. Erb, Heidelberg. Flechsig, Leipsig. Fürstner, Heidelberg. Grashey, München. Hitzig, Halle. Jolly, Strasbourg. LAEHR, Berlin-Zehlendorf.

10° *Ophtalmologie.* — O. Becker, Heidelberg. Eversbusch, Erlangen. v. Hippel, Giessen. Hirschberg, Berlin. Leber, Göttingen. Michel, Würzburg. Schmidt-Rimpler, Marburg. SCHWEIGGER, Berlin NW., Roonstr 6. v. Zehender, Rostock.

11° *Otiatrie.* — Bezold, München. Bürkner, Göttingen. Kirchner, Würzburg. Kuhn, Jena. Kessel, Jena. LUCAE, Berlin W., Lützowplatz 9. Magnus, Königsberg, Moos, Heidelberg. Trautmann, Berlin.

12° *Laryngologie et Rhinologie.* — Beschorner, Dresden. B. FRANKEL, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12. Gottstein, Breslau. A. Hartmann, Berlin. Jurasz, Heidelberg. H. Krause, Berlin. Michael, Hamburg. Schech, München. M. Schmidt, Frankfurt a. M.

13° *Dermatologie et syphiligraphie.* — Caspary, Königsberg. Doutrelepont, Bonn. Kobner, Berlin. LASSAR, Berlin NW., Karlstr. 19. Lesser, Leipzig. G. Lewin, Berlin. Neisser, Breslau. Unna, Hamburg. Wolff, Strasbourg.

14° *Odontologie.* — BUSCH, Berlin NW., Alexander-Ufer 6. Calais, Hamburg. Hesse, Leipzig. Fricke, Kiel. Holländer, Halle. Miller, Berlin. Partsch, Breslau. Sauer, Berlin. Weil, München.

15° *Hygiène.* — Flügge, Breslau. Gaffky, Marburg. Graf, Elberfeld. F. Hofmann, Leipzig. R. Koch, Berlin. Lehmann, Würzburg. PISTOR, Berlin W., v. d. Heydtstr. 13. Wolffhügel, Göttingen. Uffelmann, Rostock.

16° *Géographie médicale et climatologie.* (HISTOIRE ET STATISTIQUE). — Abel, Stettin. Brock, Berlin. Dettweiler, Falkeinstein. Falkeinstein, Lichterfelde. Finkelnburg, Bonn. Guttstadt, Berlin. A. HIRSCH, Berlin W., Potsdamer-Strasse 113. Lent, Koln. Wernich, Coslin.

17° *Médecine légale.* — Falk, Berlin. Gunther, Dresden. v. Hölder, Stuttgart. Knauff, Heidelberg. LIMAN, Berlin SW., Königgrätzer-Strasse 46 a. Schönfeld, Berlin. Schwarz, Koln. Skrzeczka, Berlin. Ungar, Bonn.

18° *Hygiène militaire.* — v. Coler, Berlin. v. Fichte, Stuttgart. Grasnick, Berlin. Grossheim, Berlin. KROCKER, Berlin W., Magdeburger Platz 3 Mehlhausen, Berlin. Mohr, München. Roth, Dresden. Wenzel, Berlin.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de novembre et décembre (année scolaire 1889-1890).

MM. LAFAYE (11 novembre 1889) : Etude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles. — LESPINASSE (11 novembre 1889) : Contribution à l'étude des onychomycoses tricophytique et favique et de la pelade unguéale. VIELLE (11 novembre 1889) : Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique. — GIRAUD (29 novembre 1889) : Etude sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule. — LABOUGLE (2 décembre 1889) : Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main. — BOURQUEDIEU (4 décembre 1889) : Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15e dragons à Libourne. — BOURSIAC (18 décembre 1889) : Des démangeaisons apparaissant sans lésions cutanées. Des demangeaisons d'origine nerveuse en particulier. — LOÜET (23 décembre 1889) : Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés. — LESCURE (23 décembre 1889) : Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques. — DUCURON (23 décembre 1889) : Contribution à l'étude du traitement des imperforations ano-rectales. De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée.— ROBERT (28 décembre 1889) : Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.

Transfèrement à la Maison départementale de Nanterre de malades chroniques, de vieillards et d'infirmes.

L'administration de l'Assistance publique s'est entendue avec la préfecture de police, afin d'assurer l'admission à la maison départementale de Nanterre, dans des conditions spéciales d'hospitalisation, des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques et qui, se trouvant actuellement dans les hôpitaux, ne peuvent être admises dans les hospices ou à l'hôpital Laënnec, soit par défaut de place, soit qu'aucune décision n'ait été prise à leur égard. Les vieillards et les infirmes devront être également hospitalisés. Les chefs de service sont donc priés de signer l'*exeat* de tous les malades qui sont dans les conditions indiquées ci-dessus et qui immobilisent les lits réservés aux personnes atteintes d'affections aiguës. Les directeurs d'hôpitaux informeront les intéressés de la mesure prise à leur égard. Ils insisteront sur ce point que ces malades seront hospitalisés à Nanterre comme pensionnaires de l'Assistance publique, avec un régime spécial se rapprochant de celui des hospices. Si les malades répondent par un refus, on les préviendra que, par suite de l'encombrement des différents services, l'administration se trouve dans la dure nécessité de les renvoyer immédiatement.

Bien que logés dans un corps spécial du bâtiment et soumis à un régime offrant des avantages plus grands que celui des hôpitaux de Paris, l'administration de l'Assistance publique a pensé que le voisinage des prisonniers pourrait déplaire à des malades désignés d'office. Aussi a-t-elle décidé de n'envoyer à Nanterre que ceux qui en feraient la demande. Cette mesure ayant été notifiée à tous les hôpitaux, une cinquantaine de malades ont demandé immédiatement, le premier jour, leur transfert au nouveau local qui leur est affecté à Nanterre.

La lettre suivante a été adressée aux directeurs des différents hôpitaux de Paris à cette occasion.

Paris, 3 janvier 1890.

Mon cher Directeur,

L'Administration s'est entendue avec la Préfecture de police en vue d'assurer l'admission à la Maison départementale de Nanterre, dans des conditions speciales d'hospitalisation, des malades chroniques, des vieillards ou des infirmes, hommes et femmes, qui se trouvent actuellement dans ses hôpitaux et qui ne peuvent être admis dans les hospices ou à l'hôpital Laënnec, soit par défaut de places, soit qu'aucune décision n'ait été prise à leur égard.

Je vous prie en conséquence de faire part de ces dispositions à MM. les Chefs de service, en leur demandant de vouloir bien signer l'*exeat* de tous les malades qui, se trouvant dans les conditions indiquées ci-dessus, immobilisent des lits réservés aux affections aiguës.

De votre côté, vous aurez à informer les intéressés de la mesure prise à leur égard, en insistant sur ce point qu'ils seront hospitalisés à Nanterre comme pensionnaires de l'Assistance publique, avec un régime spécial se rapprochant de celui de nos hospices. Mais vous leur demanderez toujours s'ils consentent à leur transfèrement, et, dans le cas où ils vous répondraient par un refus, vous leur feriez connaître que l'administration, par suite de l'encombrement de ses services, se trouve dans la nécessité de les renvoyer immédiatement.

Chaque jour vous devrez m'envoyer personnellement, par votre commissionnaire, *avant deux heures*, la liste des vieillards, des infirmes ou des chroniques qui auront accepté leur transfèrement à Nanterre. A cette liste, vous joindrez des fiches individuelles donnant exactement les nom, prénom, âge, état civil, lieu de naissance et dernier domicile des malades. Chaque fiche portera, signée de vous, la mention suivante : Consent à être transféré à la Maison départementale de Nanterre.

Le lendemain, et par la même voie, ces fiches vous seront renvoyées avec, pour chacune d'elles, un titre d'admission, et, le surlendemain, à 10 heures du matin, une voiture du service des Ambulances municipales de la rue de Staël se présentera à votre hôpital pour prendre les malades et les conduire à Nanterre.

Vous n'oublierez pas de remettre à l'infirmière du service des ambulances qui accompagnera la voiture, et qui devra toujours se présenter à votre cabinet, les fiches et les titres d'admission des malades à transférer et reçus par vous la veille ainsi que je viens de vous l'expliquer.

Le Chef de la division des hôpitaux et hospices, L. MOURLAN.

Association pour l'enseignement des Sciences Anthropologiques.

Reconnue d'utilité publique (loi du 23 mai 1889)

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Quatorzième année (1889-1890), 15, rue de l'Ecole de Médecine. — Lundi 6 janvier à 4 heures, G. de Mortillet. Anthropologie préhistorique. — Lundi 13 janvier à 5 heures, Mathias Duval. Anthropogénie et Embryologie comparée. — Mardi 7 janvier à 4 heures, André Lefèvre. Ethnographie et Linguistique. — Mardi 7 janvier à 5 heures, Georges Hervé. Anthropologie zoologique. — Mercredi 8 janvier à 4 heures, G. de Mortillet, Anthropologie préhistorique. — Mercredi 8 janvier à 5 heures, P. G. Mahoudeau. Anthropologie histologique. — Vendredi 10 janvier à 4 heures, A. Bordier. Géographie médicale. — Vendredi 10 janvier à 5 heures, L. Manouvrier. Anthropologie physiologique. — Samedi 11 janvier à 3 heures. Chudzinski, Démonstrations anatomiques. — Samedi 11 janvier à 4 heures, C. Letourneau, Histoire des civilisations. — Samedi 11 janvier à 5 heures. A. de Mortillet. Ethnographie comparée. — Un registre d'inscription est déposé à l'Ecole pour les auditeurs des cours qui désireraient un certificat d'assiduité.

Programme des cours de l'année 1889-1890. — *Anthropologie préhistorique* : Les origines, le développement et la constitution de la nation française. Autochtones. Ligures et Ibères. Celtes ou Gaulois. Burgondes et Francs. Eléments divers. — *Anthropogénie et Embryologie comparée* : Le Blastoderme des Vertébrés et la théorie de la Gastrula. M. Mathias Duval commencera ce cours le lundi 13 janvier à 5 heures. — *Ethnographie et Linguistique* : Des mythes et des dieux atmosphériques, sidéraux et célestes chez tous les peuples, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. — *Anthropologie zoologique* : Anatomie comparée de l'homme et des vertébrés : les membres (*suite*). — *Géographie médicale* : Action des milieux. Transformisme. Applications à l'acclimatation de l'homme et des êtres organisés. — *Anthropologie physiologique* : L'anatomie humaine dans ses rapports avec la psychologie. — *Histoire des civilisations* : L'évolution juridique dans les diverses races humaines.

Programme des cours supplémentaires. — *Etnographie comparée* : Industrie des peuples sauvages modernes comparée à celle des populations préhistoriques. — *Anthropologie histologique* : Histologie du système nerveux, ses principales relations avec les autres systèmes de l'organisme. — *Démonstrations anatomiques* : Ces démonstrations sont faites au musée et au laboratoire.

L'application de la Peine de Mort.

En Autriche, la peine capitale consiste actuellement dans la pendaison, mode d'exécution qui est maintenu aussi dans le projet du nouveau code pénal. Or, le conseil suprême de santé vient de donner son avis dans cette question en proposant de remplacer la strangulation par la décapitation, qui constitue la méthode d'exécution la plus sûre et la plus rapide. (*Le Temps*.)

Ceci confirme encore les conclusions du récent article de notre collaborateur Paul Loye au sujet de la supériorité de la décapitation sur les autres procédés de supplice. On voit que les Autrichiens n'ont même pas envisagé la possibilité de se servir de l'électricité.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 13. —2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Gariel, Ch. Richet, Marie. — 5e de *Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : Lannelongue, Pinard, Ricard ; — (2e partie) : MM. Fournier. Straus, A. Robin.

MARDI 14.—3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Campenon. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Gilbert.

MERCREDI 15. —2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Ricard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Kirmisson, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Gley.—3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Maygrier, Nélaton ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Quenu, Bar.

VENDREDI 17. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Tuffier ; —(2e partie) : MM. Potain, Déjerine, Letulle.

SAMEDI 18. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley.—3e *de Doctorat* (oral) (1re partie) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Campenon, Bar ; — 5e *de Doctorat* (1e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Brun, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Duguet, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Hutinel, Gilbert.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Augustin Nicolas GENDRIN (Paris).

M. le Dr GENDRIN vient de mourir à l'âge de 94 ans.

Auguste-Nicolas Gendrin, né à Paris le 6 décembre 1796, vint à Paris faire ses études médicales et subit sa thèse de Doctorat en 1821. Elle avait pour titre : *Traitement de la Blennorrhagie.* On y trouve exposée une nouvelle méthode, (méthode d'injection uréthrale ayant pour base l'opium. En 1823, il remporta un prix proposé par la *Société de médecine de Paris* sur la *nature des fièvres*, et, en 1824, un autre sur l'*Inflammation*, proposé par la *Société médicale d'Emulation.* Puis, Gendrin devint plusieurs fois lauréat de l'Institut ; on lui accorda d'abord le prix Montyon pour son *Histoire anatomique des inflammations* (1500 fr. (1826), ouvrage en deux volumes in-8°, qui fut plus tard traduit en allemand et qui lui valut d'être nommé membre d'un grand nombre de Sociétés savantes étrangères (Lyon, Philadelphie, Louvain, etc.), et même secrétaire général du *Cercle médical* de Paris.

L'Académie des sciences lui décerna en outre un prix de 1,000 francs pour sa monographie sur le *choléra* à Paris (1832) et un autre de 1,500 fr. pour son mémoire sur les *fièvres continues* (1837). Rapporteur de la commission chargée de réorganiser l'exercice de la médecine en 1828, il fut bientôt nommé, au concours, médecin de l'Hôtel-Dieu (1831), puis de Cochin (1832). Il passa ensuite à la Pitié en 1836 et y resta jusqu'en 1860. Une des salles de ce triste hôpital porte aujourd'hui son nom. Il avait concouru plusieurs fois pour une chaire de médecine clinique, notamment en 1831 et en 1840 ; dans ce dernier concours il n'obtint pas une seule voix, pour des raisons diverses, malgré son grand savoir et sa facilité d'exposition. Depuis longtemps médecin honoraire des hôpitaux, il était, comme disent les biographies allemandes, le « Nestor des grands Médecins parisiens. »

Nous citerons parmi ses principales publications :

Recherches sur la nature et les causes prochaines des fièvres ; 2 vol, in-8°, 1823 ; (développement du mémoire couronné par la *Société de médecine*). — *Histoire anatomique des inflammations* ; 2 vol. in-8°, 1826, 2e édition en 1829 ; cet ouvrage contient une grande partie du mémoire soumis à la *Société médicale d'émulation* ; il a été traduit en allemand par Just Radius, dans la *Bibliothèque de la Littérature étrangère pour les médecins praticiens* (volume VIII et IX. Leipzig, 1828). — *Documents sur le choléra-morbus épidémique*, transmis par lettres à un médecin de province, 1 vol. in-8°, 1832. — *Monographie du choléra-morbus épidémique de Paris*, rédigé spécialement sur les observations cliniques de l'auteur à l'Hôtel-Dieu : 1 vol. in-8°, 25 juillet 1832. — *Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*; traduites de l'anglais d'Abercrombie, et augmentées de notes, 1 vol. in-8°, 1832.—*Traité philosophique de médecine pratique*, ouvrage en 3 vol. in-8°, parus en 1838, 1839 ; le troisième paru en 1843, traduit en allemand par Karl Neubert, 1839-40 (2 vol.) — *Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères* ; 2 vol. in-8°, 1843 et 1844. Leçons faites à la Pitié en 1840-41, recueillies et publiées par E. Colson et Dubreuil-Hélion, traduites en allemand par G. Krupp. Leipzig, 1848.

Indépendamment de ces ouvrages, M. Gendrin a publié un grand nombre de mémoires, d'observations, de notices dans divers journaux, particulièrement dans la *Revue médicale*, à laquelle il collabora depuis 1824 ; dans le *Journal général de médecine, chirurgie et pharmacie françaises et étrangères*, qu'il a rédigé de janvier 1827 à juin 1830 ; dans les *Transactions médicales*, dont il a été le rédacteur, de juillet 1830 à septembre 1832 ; enfin, dans les *Archiv. génér. de méd.*, l'*Encyclopédie des Sc. médic.*, le *Journal complémentaire*, le *Journal de méd. pratiq.*, la *Gazette médicale*, etc., etc. ; puis il a publié séparément les

mémoires suivants : *Recherches physiologiques sur la morbidité* ; brochure in-8°, 1822. — *Observations sur l'emploi du quinquina dans les fièvres* ; lues au *Cercle médical* et insérées dans ses *Annales*, 1822. — *Recherches sur les tubercules du cerveau et de la moëlle épinière* ; broch. in-8°, 1823. — *Eloge de Pinel et de Bertin* ; broch. in-8°, 1827. — *Consultation médico-légale sur les faits relatifs à un acrouchement terminé par la mutilation de l'enfant* ; broch. in-8°, 1829. — *Mémoire médico-légal sur la mort violente du duc de Bourbon, prince de Condé*, broch. in-8°, 1831. — *Considérations générales sur l'enseignement de la médecine au lit des malades* ; dissertation écrite pour son concours de la Faculté en 1831. — *Exposé d'un nouveau traitement curatif et préservatif de la colique de plomb* ; broch. in-8°, 1832. (Ce traitement consiste dans l'emploi de l'acide sulfurique.) — *Recherches historiques sur les fièvres jaunes qui ont régné à Malaga*, 1824. — *De l'influence des âges sur les maladies*,1840; — *Mémoire sur le diagnostic des anévrysmes des grosses artères* (*Rev. méd. franç. et étrang.*, 1844), etc., etc.

Malgré des ouvrages importants et nombreux dont nous venons de citer les principaux, Gendrin n'a pas joui, parmi ses collègues des hôpitaux et le monde médical de Paris, d'une réputation en rapport avec sa valeur et son travail incessant, quoique peu de médecins aient fait pour la science autant que le célèbre clinicien de la Pitié. C'est qu'on l'accusa d'abord d'avoir publié, en 1831, un *mémoire médico-légal* sur la mort du prince de Condé, « dans laquelle il avait voulu voir un assassinat et non un suicide. » Gendrin parvint de suite à démentir cette allégation; mais pour la seconde, plus sérieuse, il s'efforça de l'expliquer sans pouvoir y réussir nettement. Il s'agissait de sa conduite à l'occasion des journées de juin 1832. La *Lancette française* du 12 au 30 juin de cette année ne craignit pas, en effet, de l'accuser d'avoir coopéré à l'ordonnance de police qui enjoignait aux médecins de dénoncer les blessés qu'ils étaient appelés à soigner. Si Gendrin n'y coopéra pas — ce qui est loin d'être prouvé — il s'empressa tout au moins, raconte-t-on, de s'y soumettre. Malgré ses dénégations, la vérité n'a jamais été faite sur ce point. D'autre part, Gendrin était d'un caractère qui devait déplaire à beaucoup : ce que la suite des événements a parfaitement montré d'ailleurs. Et Sachaile (de la Barre), dans ses *Médecins de Paris*, ne craignait pas de dire, en 1845, Gendrin vivant encore : « Les rigueurs qu'il exerça pour des raisons toutes matérielles, contre Amédée Latour, duquel il venait d'obtenir, pour un écart de plume, une réparation que la loi nous défend de qualifier, n'étaient pas de nature à lui gagner la sympathie qui lui fit toujours défaut. » Marcel BAUDOUIN.

M. le Dr Ern.-St-Ch. COSSON (Paris).

M. le Dr Ern.-St-Charles COSSON, le célèbre botaniste, membre de l'Académie des sciences, est décédé la semaine dernière. M. le Dr Cosson était né à Paris en 1819. Elève de Jussieu, Richard et Brongniart, il fut reçu docteur en 1847 avec une thèse remarquée sur l'*Extirpation de la partie inférieure du rectum*. Adjoint en 1851 à la commission scientifique de l'Algérie, il explora, de 1852 à 1858, les parties inconnues de nos possessions d'Afrique. Il devint ensuite vice-président de la Société botanique de France, puis archiviste de la Société d'acclimatation. Il remplaça le maréchal Vaillant à l'Académie des sciences en 1873. C'était surtout un botaniste classificateur ; il était membre de la *Société de Géographie* depuis 1867. On a de lui un grand nombre d'études botaniques sur diverses flores, notamment la flore de l'Algérie et de la Tunisie et les mémoires suivants: *Notes sur quelques plantes exotiques de la Flore des environs de Paris* (1849) ; — *Rapport sur un voyage botanique en Algérie* (1853); — X..., *à Philippeville et monts Aurès* (1856) ; — *Itinéraire d'un voyage botanique, en Algérie* (1857) ; — *Considérations sur le Sahara* (1859) ; — *Flore de l'Algérie* (1854-1857), etc., etc. — On lui doit, en outre, en collaboration avec M. Krakli : *Sertulum tuneatum* (notes sur quelques plantes du Sud de la régence de Tunis (1847). Citons surtout ses travaux en collaboration avec Germain de St-Pierre : *Flore des environs de Paris* (1840-1845 ; 2e édit. 1859, etc.) ; — *Synopsis des plantes des environs de Paris*, etc.

Les obsèques de M. le Dr Cosson ont eu lieu samedi dernier. Notre regretté maître, d'une science aussi sûre qu'étendue, dont la *Flore* a servi à l'éducation de tous les jeunes botanistes de Paris, était la modestie même ; aussi, par respect pour sa volonté expresse, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe par ses collègues de l'Académie des sciences. C'était un *vrai savant*.

Marcel B.

M. le Pr BOTKINE (Saint-Pétersbourg).

Dans un des numéros précédents le *Progrès médical* a annoncé à ses lecteurs la mort du célèbre clinicien russe, le professeur Botkine, en même temps qu'il a énuméré ses travaux scientifiques. Nous ne voulons pas renouveler cette énumération. Nous tenons simplement à rappeler qu'à côté de l'homme de science, Botkine réalisait le type le plus sympathique de l'homme de bien. Tous les journaux de Saint-Pétersbourg et de la province parlent de lui dans les termes suivants : « Ce n'est pas seulement la mort d'un célèbre médecin russe que nous avons le regret de constater, mais aussi celle d'un homme remarquable. »

En effet, à côté de ses travaux à l'Académie de médecine et des occupations multiples de praticien, Botkine prenait une part excessivement active dans toutes les questions qui touchaient à l'organisation sanitaire et hospitalière de la Russie. Pendant très longtemps il fut membre du Conseil municipal de St-Pétersbourg ; d'après son initiative et les plans élaborés par lui, a été construit le premier hôpital des baraques d'Alexandre, qui est devenu une pépinière d'une longue série d'élèves du célèbre professeur. Il y a trois ans il était nommé président d'une commission chargée par le Ministre de l'intérieur d'organiser l'état sanitaire de la Russie. En signe de reconnaissance pour les services qu'il a rendus à l'assainissement de la capitale et à l'organisation de son fonctionnement médical, il a été élu curateur honoraire de tous les hôpitaux et hospices de St-Pétersbourg.

Le nom de Botkine est connu dans les coins les plus reculés de la vaste Russie et considéré comme le synonyme de la plus pure gloire nationale en médecine. Cette perte, si inattendue et si douloureuse, a provoqué bien des larmes.

Chose rare ! La gloire et la popularité si grandes et si bien méritées n'ont rien changé dans son attitude avec ceux qui l'entouraient ; il restait toujours le même homme, simple et accessible pour les plus pauvres comme pour les riches ; dès la première rencontre il inspirait la sympathie et la confiance.

En somme, le but définitif de cette existence pleine d'activité ardente était, de l'avis de tous, l'amour de la Patrie, de l'Humanité, de la Science.

Puisse notre faible parole donner une idée au moins approximative de la grandeur de ce géant intellectuel et moral de la Russie et de la profonde douleur qu'a provoquée sa mort prématurée. J. ROUBINOVITCH.

M. le Dr ROSENTHAL (Vienne).

M. Maurice ROSENTHAL, professeur extraordinaire des maladies nerveuses à l'Université de Vienne, directeur du service électrothérapique à l'Allgemeiner Krankenhaus, vient de mourir d'urémie compliquant une néphrite chronique. Il était collaborateur à la *Wiener medizinische Presse*. Né en Hongrie, à Grosswardein, en 1833, il fut reçu docteur en 1858, et nommé *privat-docent* 5 ans plus tard. Il était professeur extraordinaire depuis 1875. On lui doit surtout : *Klinik des Nervenkrankheiten* et *Handbuch der Electrothérapie* ; puis des mémoires sur les *tumeurs cerébrales*, l'*hystérie*, les *maladies de la moelle*, la *myélite*, le *tabès*, etc., etc. M. B.

FORMULES

II — Traitement antiseptique de l'Eclampsie puerpérale.
(Dr CH. ELOY).

I. — *Traitement préventif*. — 1° Il faut d'abord prescrire le régime lacté, c'est classique ; et de plus, d'après M. Maurice Rivière (de Bordeaux), empêcher la formation des poisons dans le tube digestif, par l'administration, toutes les heures, de l'un des cachets suivants :

Naphtol	2 gr. 50
Sucre	2 gr.
Salicylate de bismuth	2 gr.

F. s. a. et divisez en huit cachets.

2° Administrer tous les trois ou quatre jours un verre à bordeaux d'une eau purgative ou une cuillerée à dessert de sulfate de soude en solution dans une demi-verrée d'eau.

3° Favoriser l'émonction cutanée et rénale par des bains chauds bi-hebdomadaires.

II. — *Traitement curatif.* — 1° Calme, repos absolu. — 2° Saignée de 3 à 400 gr. pour diminuer la quantité des poisons contenus dans l'organisme; 3° Administrer par la voie stomacale la potion suivante :

Eau distillée	60 gr.
Sirop de cerises	60 gr.
Chloral hydraté	2 à 4 gr.
Bromure de sodium.	2 à 4 gr.

4° Lavement au chloral à la dose de 2 à 4 gr. et au besoin anesthésie chloroformique.

5° Pendant l'accouchement, M. Rivière conseille l'abstention obstétricale ; les manœuvres pour hâter l'accouchement produisent l'irritation du col. Après l'accouchement la saignée est le plus souvent inutile, l'hémorrhagie physiologique en tenant lieu.

S'il existe de la contracture, il devient difficile de faire ingérer les médicaments par la bouche. M. Rivière conseille alors de placer la femme dans le décubitus dorsal et de faire couler tous les quarts d'heure, dans les fosses nasales, trois grandes cuillerées de lait véhiculant un quart à un demi-gramme de chloral en suspension (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 22 nov. 1889).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 déc. 1889 au samedi 4 janv. 1890, les naissances ont été au nombre de 1,223 se décomposant ainsi : Sexe *masculin :* légitimes, 445 ; illégitimes, 169, Total, 614. — Sexe *féminin :* légitimes, 452 ; illégitimes, 157, Total, 609.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 déc. 1889 au samedi 4 janv. 1890, les décès ont été au nombre de 2683 savoir : 1470 hommes et 1213 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 22. T. 37. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 8, F. 4 T. 12. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 10, F. 14. T. 24 — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 18, T. 32.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 301, F. 164, T. 465. — Autres tuberculoses : M. 17. F. 16. T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 38 T. 59. — Méningite simple : M. 17, F. 12, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 42, F. 42, T. 84. — Paralysie : M. 10, F. 7 T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 14, T. 18. — Maladies organiques du cœur : M. 55, F. 54. T. 104. — Bronchite aiguë : M. 73, F 69 T. 142. — Bronchite chronique : M. 75, F. 63. T. 127.—Broncho-Pneumonie : M. 75, F. 103. T. 178. — Pneumonie : M. 286. F. 214. T. 500.— Gastro-entérite, biberon, M. 26. F. 14. T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 6. T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3. F. 4 T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 33, F. 16, T. 49. — Sénilité : M. 25, F. 54. T. 79.— Suicides : M. 18, F. 0, T. 18. — Autres morts violentes : M. 11. F. 9. T. 20. — Autres causes de mort : M. 299 F. 226. T. 520. — Causes restées inconnues : M. 17, F. 6, T. 23.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 20. Total : 49 — *Sexe féminin :* légitimes, 24; illégitimes, 8. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. MARTIN-DURR (Michel-Victor) et de GRANDMAISON (Marie-Emmanuel-Gabriel), bacheliers ès lettres et ès sciences, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, aides préparateurs de travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Legrand et Binot, démissionnaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, sans traitement (du 1er décembre 1889 au 31 octobre 1890), est accordé, sur sa demande, à M. BROUSSE, chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. BOINET, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique, pendant la durée du congé accordé à M. Brousse (du 1er décembre 1889 au 31 octobre 1890).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. STROUP, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Prantois, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS.— M. DEPOUILLY, préparateur du cours de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé préparateur des travaux pratiques de physiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Bourbouze, décédé. — M. CAURO (Joseph), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique à l'Ecole de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Depouilly, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : MM. WATIN, préparateur de chimie ; COCHET, aide préparateur de pharmacie et matières médicales.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. MARTIN (Paul-Louis), bachelier ès lettres, est nommé, pour l'année 1889-1890, préparateur de physique et de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Heymann, démissionnaire.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — Les fêtes du 6e Centenaire de l'Université de Montpellier auront lieu en mai 1890.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Halle.* — M le Pr von Volkmann sera remplacé par M. le Dr Schede (de Hambourg), ancien élève de von Volkmann.

HOPITAUX DE PARIS. — *Dons.* — Le Directeur de l'Assistance publique a reçu de Mme X... la somme de 1,000 francs pour les pauvres les plus nécessiteux de Paris.

BANQUET LE DENTU. — Lundi soir a eu lieu au Grand-Hôtel, salle du Zodiaque, un banquet offert à M. Le Dentu par ses amis et élèves, à l'occasion de son élection à l'Académie. Parmi les orateurs, nous citerons M. le Pr Verneuil, M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, et le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux. M. Le Dentu, dans un éloquent discours, a remercié dans les termes les plus chaleureux tous ceux qui sont venus lui apporter leurs sympathiques félicitations.

CONGRÈS DE BALNÉOLOGIE. — Le 12e Congrès de Balnéologie aura lieu en mars prochain, à Berlin, sous la présidence de M. Liebreich.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* — Parmi les décorations du 1er janvier dépendant du Ministère de l'Intérieur, voici celles qui ont été obtenues par des médecins :

Chevaliers : M. le Dr Hanot, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine; M. le Dr Vollant, médecin du Bureau de bienfaisance du 13e arrondissement de Paris ; M. le Dr Troisier, médecin à l'hôpital de la Pitié, à Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; M. le Dr Raymond, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris ; M. le Dr Basley, chirurgien en chef des hospices de Bayeux ; M. le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur à l'hôpital Beaujon, à Paris ; M. le Dr Sergent, médecin à Paris ; M. le Dr Caubet, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse ; M. Duphénieux, membre du Conseil général du Lot, maire de Cajarc ; M. le Dr Josias, médecin des hôpitaux de Paris; M. le Dr Bertrand, médecin à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; M. le Dr Cousturier, membre du Conseil général de la Sarthe ; M. le Dr Dehenne, médecin à Paris, professeur libre d'ophtalmologie ; M. le Dr Royer (Anatole), médecin à Paris; M. le Dr Roux (Charles), maire d'Hyères (Var), ancien médecin de la marine ; M. le Dr Gariel.

Mérite agricole. Chevaliers : M. Castaing, pharmacien de la marine au Sénégal ; M. Lindet, professeur suppléant à l'Institut agronomique à Paris.

ETUDIANTS RUSSES A PARIS. — Le comité de la Société des étudiants de Russie résidant à Paris, a l'honneur d'informer les étudiants de Paris que son bal annuel aura lieu dimanche 12 janvier 1890, à l'occasion du jour de l'an (ancien style) à 10 h. du soir, salle du Grand-Orient de France, 14, rue Cadet. S'adresser au secrétaire, M. Edward, 4, rue Nansouty.

EPIDÉMIES. — *Fièvre typhoïde,* — L'épidémie de fièvre typhoïde sévit à Poitiers. On raconte que les mesures d'assainissement prescrites par le comité consultatif d'hygiène sont assez mal appliqués à l'Hôpital.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. le Dr FAUCHON (Charles), est nommé médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

HYGIÈNE DES CIMETIÈRES. — M. de Bruyn, ministre des travaux publics de Suisse, vient de publier une circulaire pour déconseiller l'emploi des cercueils métalliques ou en bois dur, parce qu'ils retardent la décomposition des cadavres et amènent ainsi de graves inconvénients pour l'hygiène publique.

INCINÉRATION. — Dimanche eu a lieu, au four crématoire du cimetière du Père-Lachaise, l'incinération du corps de M. Charles-Joseph Morcal de Brévans, agent comptable du Conservatoire des Arts-et-Métiers.

Le larynx d'un ténor de Grand Opéra. — Les médecins ont fait, lors de l'autopsie de ce ténor, dans la matinée, l'extirpation du larynx de Gayarré. L'examen a démontré qu'il est plus grand que d'habitude. Les cordes vocales sont développées d'une façon inégale. L'une, située du côté gauche, présentait à son centre une convexité assez prononcée, tandis que la forme concave est généralement observée à cet endroit. L'épiglotte du côté gauche est également plus élevé que du côté droit Après avoir été étudié, le larynx de Gayarré sera remis à sa famille, qui, probablement, en fera don à quelque musée anatomique espagnol.

Médecins des Bibliothèques. — M. Terras (Emile), docteur en médecine, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres près la Bibliothèque de St-Rémy.

Musée psychologique. — M. le Pr Mantegazza vient d'instituer à Florence un Musée psychologique destiné à recueillir « tous les objets pouvant servir à l'étude des passions. » Qui refuserait d'être directeur d'un tel Musée !

Nouveaux journaux. — Nous annonçons à nos lecteurs la fondation d'une nouvelle revue, la *Revue d'Orthopédie*, que dirigent MM. P.-H. Petit et Kirmisson. Jusqu'ici, cette branche de la chirurgie n'avait pas d'organe en France — Il se fonde, d'autre part, à Beyrouth, une *Revue internationale de Bibliographie médicale*. Nous souhaitons bonne chance à cette nouvelle Revue que dirige M. Rouvier, professeur à l'Ecole de médecine française de Beyrouth ; puisse-t-elle contribuer à augmenter en Orient le renom de la médecine française !

Revue philosophique. — Sommaire du n° de janvier 1890 (15e année). Secrétan : L'économie et la philosophie. — B. Bourdon : La certitude. — Naville (Adrien) : Remarques sur l'induction dans les sciences physiques. — Lombroso et Ottolenghi : L'image physique et l'acuité visuelle dans l'hypnotisme. — Analyses et comptes rendus.— Revue des périodiques étrangers.

Trichinose. — Un charcutier et sa femme, habitant Breslau, convaincus d'avoir vendu la viande d'un porc atteint de trichinose, ont été condamnés à 15 ans de travaux forcés et 10 ans de surveillance. De son côté, le bourgmestre a été condamné à une amende sérieuse. Voilà qui devrait rendre rêveurs les charcutiers français et les engager à apprendre à rechercher la trichine.

Un drame chez les folles. — Dimanche, une des gardes de l'asile des aliénées de Stenjevec, en Croatie, venait, pâle d'effroi, prévenir le directeur qu'un grand malheur était arrivé dans la cellule portant le numéro 8. Le directeur se rendit aussitôt dans la cellule, et là, un spectacle affreux frappa ses yeux. Deux cadavres étaient étendus sur le parquet, les crânes étaient fracassés, la cervelle et le sang avaient rejailli sur les murs. Une aliénée se tenait dans un coin, tremblant de tous ses membres ; une autre se tenait assise en riant sur son lit. Le directeur, croyant qu'un double crime avait été commis par la malade accroupie dans un coin et qui était secouée comme par des remords, se mit à l'interroger, mais sans pouvoir lui arracher une syllabe. L'interrogatoire se prolongeant, l'aliénée qui riait, assise sur son séant, sauta à bas de son lit et dit, toujours en riant de bon cœur : « C'est moi qui ai tué ces deux femmes. La Kunz s'est mal conduite toute la nuit. Elle ne m'a pas laissé une minute de repos. J'ai pensé qu'il fallait en finir. J'ai pris le couvercle du baquet et j'ai tapé ferme sur la Kunz ainsi que sur la Micada, qui a pris la défense de la Kunz. Ça été une rude affaire, allez ! Ces deux femmes avaient le crâne dur et j'ai dû taper ferme jusqu'à ce qu'elles fussent mortes et muettes. J'ai tapé comme on fait pour couper des choux. Ça été une rude affaire, hi ! hi ! hi ! » En effet, l'effort avait été tel que le couvercle avait volé en éclats et que ses débris jonchaient le parquet. L'autorité judiciaire a ouvert une enquête sur le manque de surveillance.

Une femme pétrifiée. — Nous lisons dans un journal de Winnipeg (Canada) : « Il y a environ seize ans, mourait dans notre ville une femme nommée Adélaïde Rolade, qui fut ensevelie à vingt milles de la ville. Son mari, M. Rolade, se rendit, il y a quelques jours, au lieu de sa sépulture pour l'exhumer et transporter ses restes dans un autre cimetière. Mais quelle ne fut pas sa surprise et celle de quelques amis venus avec lui, en trouvant le corps de la morte dans un état de conservation parfaite et n'ayant pas perdu un seul de ses cheveux. Leur étonnement augmenta lorsqu'ils voulurent la soulever ; elle pesait le poids énorme de 700 livres ! Un examen attentif fit découvrir que le cadavre avait été déposé dans le voisinage d'une source alcaline dont l'action lente et continue avait amené sa complète pétrification ! »

Une séquestration ; condamnation d'un médecin. — On écrit de Caen : Il y a deux ans, une dame Lediacre, marchande de chaussures à Carentan, était dénoncée comme folle par l'un de ses ouvriers. On la saisit, on l'attacha si fortement que les poignets en gardèrent des traces sanglantes, et on la conduisit, la nuit, à l'hospice de Saint-Lô, où, en vertu d'un certificat délivré par un médecin, elle fut mise au cabanon. Dès la première visite, le médecin de l'hospice, le Dr Thomas, constata que la prétendue folle répondait avec calme et patience à ses questions et avec une raison parfaite. Sans le dossier qu'on lui avait donné, il l'aurait fait tout de suite mettre en liberté. Dans l'intervalle, Mme Lediacre ne pouvant être à la fois au cabanon et à son magasin, on prononça sa faillite. Rendue à la liberté peu de temps après, mais ruinée, elle assigna devant le tribunal de Saint-Lô le médecin qui avait délivré le certificat et son ouvrier, un nommé Leblond. Le tribunal la débouta de sa demande. Mais la cour de Caen vient de réformer ce jugement. Elle a décidé que sans doute le médecin avait été de bonne foi, en acceptant les déclarations mensongères de Leblond, mais qu'il avait eu le tort grave de s'en rapporter à ces déclarations. Le médecin et Leblond sont condamnés solidairement à 10,000 francs de dommages-intérêts.

Une nouvelle ivresse. — *Le Naphtolisme.* — L'Amérique, la terre classique des excentricités de toutes sortes, vient de nous révéler un nouveau genre d'ivresse d'une nature originale. Il existe à Boston et dans les environs un nombre très considérable de manufactures de caoutchouc, à la purification duquel le naphte est employé. Ce naphte, en ébullition, est contenu dans de grandes cuves et soigneusement préservé des atteintes de l'air. Ces manufactures sont une ressource précieuse pour la classe ouvrière, car on y emploie une grande quantité de femmes et de jeunes filles. On ne tarda pas à s'apercevoir, dans l'une de ces fabriques, que la presque totalité des ouvrières semblaient être dans un état perpétuel d'ébriété. On les surveilla et l'on fut stupéfait de constater qu'elles s'enivraient à plaisir en respirant les vapeurs qui s'échappaient des chaudières de naphte. Ces femmes déclarèrent que ce funeste abus était devenu pour elles presque une nécessité, par l'habitude qu'elles en avaient contractée. Les sensations que cette ivresse procure sont, paraît-il, si délicieuses, qu'elles surpassent les enchantements et les molles rêveries que fait naître l'opium ou le haschish. (*Inv. Nouv.*).

Volapuk en médecine. — Voulez-vous de la nouveauté ? Par exemple le nom du premier médecin qui demande à un confrère de lui donner, s'il le veut, *en volapük*, des renseignements sur un sujet scientifique ? Le premier médecin qui a eu ce courage est M. le Dr Mies (de Cologne), dans les circonstances suivantes : Il demande, par l'intermédiaire des journaux américains, des renseignements sur les statistiques des maternités des Etats-Unis et prie ses collègues d'outre-mer de lui répondre soit en allemand (ce qui se comprend, puisqu'il est de Cologne), soit en anglais (puisqu'il s'adresse à des américains), soit... en volapük ! Quels sont donc les médecins qui parlent cette langue-là? Plutôt que de tolérer le français dans sa correspondance et comme troisième langue officielle, M. le Dr Mies a préféré apprendre le volapük. Espérons qu'au prochain Congrès international de médecine à Berlin, en 1890, on ne parlera qu'anglais, allemand ou volapük ! Mais qu'on nous prévienne à temps, pour qu'à notre tour nous ayons le temps d'apprendre le volapuk médical. (Voir *The american Journ. of. obstetrics*, Déc. 89, p. 1316). (M. B.).

Nécrologie. — M. Bretonneau, pharmacien à Paris. — M. le Dr Paquet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, vient de sucomber à une complication de l'Influenza ; il était ancien interne des hôpitaux de Paris (1863).— M. le Dr Philippe-Prosper-Alexandre Villemin, ancien inspecteur-adjoint des Eaux de Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la légion d'honneur (guerre de 1870) ; il était chevalier depuis 1847 (choléra). Il succombe à l'âge de 71 ans, des suites de l'Influenza.— M. le Dr Belot de Regla (Paris). — M. le Dr Rodolphe Richert (de Paris). — M. le Dr Perreymond (de Toulon). — M. le Dr Dufour, médecin militaire. — M. le Dr E. G. Balfour (de Madras).— M. le Dr Danis, médecin directeur de l'asile de Saint Dizier (Marne) est décédé le 27 décembre dernier. — M. le Dr Brusque, ancien médecin de la marine, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, est décédé le 29 décembre. Il était agé de 42 ans. Conformément à ses désirs, son enterrement a été civil. — M. le Dr Vernières (de Noisiel). M. le Dr Dupasquier (Varennes-le-Grand). — M. le Dr Chevalier (de Constantine). — On annonce la mort de M. le Dr Meleux, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, M. Meleux, qui n'était âgé que de cinquante-trois ans, a succombé à une congestion pulmonaire, complication de l'influenza.— M. le Dr Oscar Hainaut, médecin de la prison de la Roquette, vient de succomber dans sa trentième année à Paris. — Le 8 décembre est mort, à Mirecourt, le Dr Albert Masson, ancien interne des hôpitaux de Lyon, de 1864 à 1868. D'un caractère ouvert et franc, ami sincère et dévoué, il n'avait laissé que d'excellents souvenirs parmi ses anciens camarades de l'internat de Lyon. Reçu docteur en 1869, il s'était établi à Mirecourt, son pays natal, y était devenu chirurgien de l'hôpital, et y avait rapidement acquis une honorable situation.

La mort vient de l'enlever à 50 ans, dans toute la force de l'âge et de la valeur professionnelle (*Lyon médical*). — M. le Dr DROUADAINE (de Paris), reçu en 1868. — M. le Dr ANDIAU, de Chemillé (Maine-et-Loire), reçu en 1857. — M. le Dr RIBELL, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse.

L'Epidémie actuelle (*Dernières nouvelles.*)

a). *Paris.* — M. Rousselle, président du conseil municipal, a visité hier, avec M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, et M. Derouin, secrétaire général, les hôpitaux Beaujon et Lariboisière. Il a visité également, à l'Hôtel-Dieu, le bureau central d'admission, où l'affluence des malades était, comme nous l'avons dit, moins considérable que les jours précédents, ce qui semble indiquer une décroissance dans la marche de l'épidémie. — L'administration de l'Assistance publique fait aménager, dans les combles de l'hôpital Beaujon, une nouvelle salle qui contiendra trente-deux lits. M. le Dr Josias est, dès à présent, chargé de ce service.

b). *Etranger.* — M. le Dr Weber, professeur à la Faculté de médecine de Halle, a publié sur la maladie une déclaration portant que, suivant lui, la maladie ne provient pas d'un changement subit dans la température. Il croit que l'épidémie se propage non par le fait de courants d'air qui porteraient avec eux un germe morbide, mais par un microbe qui se trouve dans les mucosités nasales. Le mal suit les voies de communication les plus fréquentées, et ce sont les grandes villes qui sont atteintes avant les bourgades et les villages. Si la maladie se répand aujourd'hui plus rapidement que par le passé, cela tient précisément à ce que les chemins de fer sont pour elle des véhicules d'une rapidité que l'on ne connaissait pas autrefois. Autrefois, elle mettait un an à faire le tour du monde ; aujourd'hui, elle parcourt la même distance en trois mois. — *Danemark.* L'épidémie redouble à *Copenhague.* — *Angleterre.* A Londres, la reine fait désinfecter toutes les lettres qu'elle reçoit. — *Italie.* L'épidémie a gagné *Plaisance, Pistoïa, Turin, Novarre, Parme.* — *Amérique.* Le nombre des décès a été jeudi, à New-York, de 235 ; il n'était que de 146 lundi dernier. 130 de ces décès sont dus à l'épidémie ou aux complications qu'elle occasionne. Les médecins se montrent très surpris de l'accroissement considérable de la mortalité.

PUBLICATION DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE

Professeur : CHARCOT

Notes de cours de MM. BLIN, CHARCOT, Henri COLIN,

Elèves du service.

I. — La première, année 1887-88, un beau volume in-4° de 638 pages, avec nombreuses figures. — Prix : 20 francs. Pour nos abonnés, 16 francs.

TOME II (1888-89). — SOMMAIRE DE LA 18e LEÇON. — 1° Amyotrophie spinale progressive, survenue à l'âge de 34 ans, chez un homme qui, à l'âge de 2 ans, avait été atteint de paralysie spinale infantile : 2° Chez un homme de 24 ans : Epilepsie, Hystérie majeure et Morphinomanie combinées.

SOMMAIRE DE LA 19e LEÇON. — Accidents nerveux provoqués par la foudre.

SOMMAIRE DE LA 20e LEÇON. — Deux malades étudiés comparativement : 1° Tics généralisés simulant la chorée chronique ; 2° Chorée chronique dite d'Huntington ; — On insiste sur les difficultés du diagnostic. 3e, 4e et 5e malades. — Cas d'abasie : 1° Abasie paralytique chez un homme de 44 ans ; 2° Abasie trépidante chez un homme de 49 ans ; 3° Même forme chez un vieillard de 75 ans.

SOMMAIRE DE LA 21e LEÇON. — 1er et 2e malades : Cas de syringomyélie gliomateuse. — 3e malade : Simulation hystérique de la syringomyélie.

La table paraîtra vers le 15 janvier. **Cette publication ne sera pas continuée.** Les leçons de M. Charcot, recueillies par M. Guinon, et revues par le professeur, paraîtront, à l'avenir, dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de Neurologie.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1889 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Conférences de Thérapeutique infantile.* — Le Dr Jules SIMON reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 15 janvier, à 9 h., et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultations le samedi.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. No 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 JANVIER 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Du rôle des Lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien (1);

par le Dr Paul POIRIER, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

Lymphatiques des adhérences; — Néoformation de réseaux lymphatiques et de troncs lymphatiques de gros volume; — Phlegmons du ligament large; — Pelvi-péritonite.

Rien n'est plus fréquent que de rencontrer des adhérences plus ou moins larges, celluleuses, transparentes, unissant l'utérus aux parois de l'excavation pelvienne ou aux viscères voisins. J'ai examiné les organes génitaux sur plus de 300 sujets, d'âge avancé pour la plupart, il est vrai, et je puis certifier que l'utérus sain, c'est-à-dire dont la surface ne présente pas peu ou beaucoup de ces adhérences, vestiges d'inflammations antérieures, est une rareté, presque une exception. Les adhérences postérieures, allant de la trompe ou de la face postérieure de l'utérus, à l'ovaire, à la paroi pelvienne ou au rectum sont de beaucoup plus fréquentes que les adhérences antérieures. Si l'on veut bien se rappeler que la couche sous-endothéliale du péritoine utérin présente un très riche réseau lymphatique en communication avec les lymphatiques profonds de l'organe, on ne sera plus surpris de la fréquence des adhérences, étant donné qu'il n'est guère de femmes n'ayant pas subi, au cours de sa vie génitale, quelque inflammation intra-utérine. Je considère qu'une inflammation intra-utérine ne peut survenir sans que le péritoine utérin y prenne une part quelconque, grosse ou petite, étant donné, je le répète, que les lymphatiques de la couche sous-endothéliale du péritoine utérin communiquent avec les lymphatiques de l'utérus. Seule la muqueuse du col peut s'enflammer sans retentissement péritonéal; reste à savoir si l'inflammation peut rester limitée à la muqueuse du col. Je veux bien croire à ce que l'on appelle la métrite cervicale, si l'on entend par là que les lésions prédominent dans le col, mais je suis plus sceptique s'il s'agit d'une inflammation limitée exclusivement à la muqueuse du col.

Dans la plupart des cas, l'inflammation utérine étant modérée, le retentissement péritonéal est lui-même peu bruyant; souvent même il doit passer inaperçu, ne se traduisant que par la congestion et le bourgeonnement, la végétation de ces lymphatiques, si l'on veut me permettre cette expression dont je vais bientôt démontrer la justesse. Je ne pense pas que toutes les femmes à adhérences, c'est-à-dire la très grande majorité, aient présenté les signes de ce que la clinique décrit sous le nom de pelvi-péritonite. Mais je crois que, chez toutes, une inflammation lente, d'origine utérine, a occupé les lymphatiques séreux et déterminé leur bourgeonnement.

La plupart de ces adhérences ne présentent point de vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu, et au microscope on n'en trouve qu'un petit nombre; quelques-unes même m'ont paru complètement dépourvues de ces vaisseaux sanguins. *Toutes, en revanche, sont presque uniquement composées d'un admirable réseau lymphatique qui n'est que le prolongement des réseaux du péritoine utérin.* Le fait ne peut être nié; il est des plus faciles à démontrer. Si l'on vient à piquer très superficiellement un de ces utérus à adhérences, comme si l'on se proposait d'injecter les lymphatiques séreux, on réussira vite à injecter un petit territoire de ce réseau et l'on verra en même temps le mercure envahir les réseaux lymphatiques des adhérences et gagner par elles quelque gros tronc voisin placé sur le rectum ou la paroi pelvienne. Il m'est impossible de dépeindre la richesse des réseaux lymphatiques des adhérences; lorsque le mercure les a envahis, l'adhérence devient un véritable tapis métallique; et il serait difficile de trouver avec la pointe d'une épingle un point dépourvu de vaisseau lymphatique.

On ne peut alléguer que le mercure a fusé dans la trame celluleuse de l'adhérence : il n'y a pas à s'y tromper; il s'agit bien, non d'une infiltration, mais de l'injection d'un réseau lymphatique; le plus sceptique sera convaincu lorsqu'il verra le mercure, après avoir injecté tout ou partie de l'adhérence, s'engager dans un gros tronc lymphatique sur le rectum ou la paroi pelvienne et gagner un ganglion voisin.

J'ai répété cette injection bien des fois, toujours elle a réussi. Malheureusement ces préparations sont difficiles à conserver; dès que la pièce vient à sécher, l'adhérence se ratatine et se rompt, et le mercure s'échappe.

J'ai cependant pu déposer au Musée Dupuytren une pièce de ce genre; tous ceux qui voudront l'étudier la jugeront des plus démonstratives. Voici ce qu'elle montre : une large adhérence verticale, cloisonnant le cul-de-sac recto-utérin, va de la face postérieure de l'utérus au rectum; cette adhérence est unique; (les trompes, les ovaires étaient absolument sains) quelques lymphatiques superficiels, séreux, de la face postérieure de l'utérus sont injectés; ils se continuent avec un réseau qui parcourt la partie inférieure de l'adhérence et va se jeter dans un gros tronc lymphatique qui serpente sur la paroi antérieure du rectum. Sur la pièce fraîche ce gros tronc allait aboutir à un ganglion placé sur les côtés du rectum au niveau de l'angle sacro-vertébral; je n'ai pu conserver le ganglion; ceux qui ont l'habitude des injections lymphatiques jugeront néanmoins que c'est bien ainsi et que la pièce est suffisamment démonstrative. D'ailleurs, à défaut de pièces sèches, qui gardent rarement leur valeur première, je puis et chacun peut faire instantanément des pièces humides qui ne laisseront place à aucun doute.

En conséquence de ces faits, je pense qu'il faut agrandir et beaucoup le rôle revenant aux lymphatiques dans un certain groupe des inflammations pelviennes.

L'inflammation du péritoine pelvien a ses degrés, variables suivant l'agent qui la produit. Entre la pelvi-péritonite d'origine utérine, que Bernutz et Goupil ont si bien vue, et ces adhérences que tout le monde con-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 47, 48, 49 et 51, 1889.

naît, il n'y a sans doute qu'une différence de microbe et, dans les deux, c'est par la voie des lymphatiques séreux communiquant avec ceux de l'organe que l'inflammation se transmet des viscères à la séreuse enveloppante. Transmis à la séreuse péritonéale par les lymphatiques séreux, le virus y détermine des lésions aiguës ou subaiguës, suivant sa puissance.

Jusqu'ici la plupart des auteurs ont expliqué la transmission des inflammations utérines au péritoine par l'envahissement progressif des muqueuses utérine et tubaire. Si cette voie utéro-péritonéale, passant par la trompe, était la véritable voie de transmission des inflammations, on verrait les lésions de ces inflammations, ou leurs vestiges, prédominer autour de l'orifice péritonéal de la trompe, tandis qu'elles ont pour centre l'utérus.

Lymphangite utérine; *abcès lymphangitiques*, *adéno-phlegmons.* — Tous les auteurs, ou à peu près tous, sont aujourd'hui d'accord pour attribuer aux lymphatiques le rôle principal dans les phlegmasies utérines survenues en dehors de l'état puerpéral.

La lymphangite utérine, en dehors de l'état puerpéral, admise et démontrée d'abord par Nonat et ses élèves, fut confirmée par les travaux de A. Guérin, Fiouppe, Auger, Dreyfus, etc..., qui mirent bien en évidence le retentissement de l'inflammation des lymphatiques sur le tissu cellulaire du bassin et des ganglions. Les travaux plus récents n'ont fait que confirmer en les étendant les conclusions de ceux que nous venons de citer.

Aujourd'hui la conviction est faite ; il n'est guère de gynécologue, si tant est qu'il en soit, qui ne considère l'infection et son transport par les lymphatiques utérins comme le facteur principal dans les inflammations pelviennes d'origine utérine, en dehors de l'état puerpéral.

Au fur et à mesure que le système lymphatique de l'organe a été mieux connu, en même temps que les rapports du système lymphatique avec le tissu cellulaire étaient mieux établis, les noms de lymphangite, de cellulite, de paramétrite, d'adéno-phlegmon, d'adénolymphite, d'adénite ont remplacé ceux de péritonite et de phlegmon.

On ne laisse pas que d'être fort surpris, lorsqu'on étudie les phases diverses de l'histoire des inflammations utérines et de leurs complications, du long temps qu'il a fallu pour que l'influence des lymphatiques dans la transmission des matières septiques pour la production d'inflammation dans les annexes et la séreuse fût bien et définitivement établie. Le système lymphatique n'est-il pas dans toute l'économie l'agent le plus actif d'absorption et la voie ordinaire des inflammations ; pourquoi les organes pelviens échapperaient-ils à cette loi générale ?

Pourquoi la plaie ou l'inflammation septique de l'utérus ne donneraient-elles pas l'abcès angioleucitique et l'adénite, comme la piqûre ou l'inflammation septique de la main donnent l'abcès lymphatique du bras et l'adéno-phlegmon de l'aisselle, comme la gerçure du mamelon au contact de quelque virus donne l'abcès mammaire et l'adénite axillaire (la comparaison date, je crois, de 1867, et est de N. Guéneau de Mussy).

Mes recherches m'obligent à penser que, dans toutes les affections utérines et leurs complications, la lymphangite joue le rôle fondamental, soit que l'inflammation lente aboutisse à l'induration du tissu cellulaire (péri ou paramétrite), soit que, plus aiguë, elle donne lieu à l'abcès infiltré ou collecté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (abcès péri-utérin, phlegmon du ligament large, ou dans les ganglions (adénite ou adénophlegmon), soit enfin que, produite par un agent très septique, elle gagne les lymphatiques séreux par la voie que j'ai essayé de montrer (pelvi-péritonite).

Il n'est pas jusqu'aux déviations utérines qui ne doivent être, dans nombre de cas, rapportées à la lymphangite utérine, qui a formé les adhérences lymphatiques dont la mobilisation, la destruction, la disparition, ou mieux la reprise, sont, j'en suis convaincu, possibles.

Je ne veux plus ajouter qu'un mot à propos des abcès pelviens et de leur siège. Lucas-Championnière et d'autres ont insisté sur la sensation d'empâtement perçue au fond des culs-de-sac latéraux du vagin, sensation qui doit être rapportée à l'engorgement des pelotons de lymphatiques dilatés que l'on observe sur les côtés du col. J'ai dit qu'en ce point l'injection s'arrête d'ordinaire pendant un temps plus ou moins long avant de reprendre sa marche et que, si l'on n'a soin d'abaisser beaucoup la pression, la rupture des lymphatiques et l'infiltration du mercure dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ne tardent pas à survenir. Il y a donc là un point de moindre résistance; au sortir du ferme tissu de l'utérus, les lymphatiques se dilatent et manquent de soutien au milieu du lâche tissu lamineux. Il me paraît logique de conclure que ce même point doit être fréquemment le lieu de formation, par un mécanisme analogue, des abcès péri-utérins de la lymphangite utérine. Les autopsies montrent alors le pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal gagnant la vessie et le rectum dans lequel l'abcès s'ouvrira d'ordinaire parce que la paroi de ces organes est moins résistante que celle du vagin.

Sur un des sujets qui ont servi à mes recherches, j'ai trouvé trois collections purulentes, parfaitement isolées, dans le bord pelvien du ligament large le long des lymphatiques venant du col utérin.

Lorsque l'injection, ayant dépassé sans rupture les plexus latéraux du col, a gagné les ganglions iliaques, elle ne va pas au delà : le ganglion se gonfle, crève, et le mercure, s'infiltrant dans le tissu cellulaire périganglionnaire, descend le long des vaisseaux iliaques vers le bassin et dans la fosse iliaque, réalisant les lésions de l'adénite et de la périadénite utérines que l'on relève dans nombre d'autopsies.

Je ne me dissimule pas combien est artificielle cette reproduction des lésions ordinaires de la lymphangite utérine; je ne puis cependant m'empêcher de remarquer une concordance frappante entre les résultats qu'elle donne et ceux des nombreuses autopsies dans lesquels le siège de l'abcès est nettement indiqué. Quelles que soient les lésions produites par l'infection du système lymphatique utérin, cellulite ou pelvi-péritonite, un traitement énergiquement antiseptique de la cavité dans laquelle elles se ravitaillent, peut les arrêter. On voit alors leurs symptômes rétrocéder, comme on voit fréquemment l'œdème angioleucitique de la jambe et le bubon inguinal disparaître après le pansement antiseptique de la plaie du pied. Ces faits ont déjà été signalés par des chirurgiens : M. Potherat les rappelait dernièrement à la Société anatomique ; il ne rencontra qu'un contradicteur, et M. Cornil apporte, à l'appui de ces faits de guérison des symptômes péritonéaux par l'antisepsie utérine, une observation personnelle des plus probantes. (*A suivre*).

OBSTÉTRIQUE

Proposition d'un nouvel Embryotome rachidien avec treize expériences à l'appui (*Fin*) (1) ;

par le Dr B. NARICH.

Expériences. — En concevant l'idée de cet embryotome, je ne visais tout d'abord que les cas de présentation de l'épaule où le cou du fœtus est facilement accessible. Mais, en expérimentation, et surtout quand on tient entre les mains un instrument qu'on vient d'imaginer, on est toujours tenté de faire plus afin de mieux se convaincre que l'on peut moins. C'est pourquoi j'ai aussi appliqué le procédé dans des cas autres que ceux que je viens de citer, et, pour la précision des recherches et la clarté dans l'exposition des faits, je ne pouvais mieux faire qu'adopter l'excellente classification que mon maître, M. Budin, a donnée dans l'article *Embryotomie* de ses leçons déjà citées. Cette classification se résume ainsi : 1° Cas où le cou du fœtus est facilement accessible ; 2° cas où le cou est difficilement accessible ; 3° cas où il échappe complètement à la main et aux instruments. — Par conséquent, en suivant exactement cette division clinique, j'ai fait des expériences : 1° dans des cas où le cou étant aisément accessible, l'embryotome le saisit et le sectionne facilement ; 2° dans des cas où le cou ne pouvant être atteint qu'avec difficulté, l'embryotome en effleure plus ou moins la racine et empiète largement sur le sommet du thorax qu'il sectionne obliquement en écharpe ; 3° dans des cas où, le cou échappant totalement à la main et à l'instrument, on doit attaquer le tronc même du fœtus.

Nous allons successivement exposer, en groupes séparés, ces trois catégories d'expériences.

A. — Premier groupe d'expériences
Cou facilement accessible.

Je dois mentionner en quelques mots l'unique expérience, très imparfaite il est vrai, que j'ai faite à Smyrne. Je dis imparfaite, car Smyrne est loin d'offrir les éléments nécessaires aux recherches scientifiques de ce genre.

Au moyen de tiges, de petites poulies et d'une vraie ficelle-scie, j'ai pu simuler plus ou moins l'embryotome projeté et, fixant sur l'anse de la ficelle le cou durci et résistant d'un fœtus à terme conservé depuis deux ans dans l'alcool, j'ai pu en pratiquer facilement la section. De la sorte, j'avais la preuve qu'une ficelle qui se réfléchit sur deux poulies pour former entre celles-ci une anse à concavité supérieure, peut très bien scier de bas en haut le cou du fœtus.

Cependant, dans cette expérience, la section du cou n'était pas tout à fait complète. Les parties molles par lesquelles avait commencé la section étaient complètement sciées ; la colonne vertébrale était de même facilement et totalement sectionnée. Mais, lorsque l'anse de la ficelle se tendit en ligne droite entre les deux poulies, il restait au-dessus une bonne portion de parties molles intactes, sur lesquelles l'anse de cet embryotome improvisé ne mordait pas. Ce fut là un des obstacles que je rencontrai contre la réalisation de mon idée, obstacle que j'ai pu vaincre en donnant au crochet une cavité, et aux lèvres de la fente la disposition décrite en détail dans le deuxième chapitre.

Passons maintenant aux expériences faites à Paris. Pour les exécuter, je me suis servi du mannequin de l'Ecole pratique, dans lequel le sacrum est mobile pour rétrécir le bassin à volonté, et les parois abdominales imitées d'une façon très ingénieuse (2). Ces parois, outre qu'elles exercent une certaine pression sur le fœtus, permettent d'opérer à couvert, de manière à éviter au regard de suivre les phases de l'opération.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 42, et p. 378, *Progrès médical*, 1889.

(2) Pour plus de détails voir le livre intéressant du Dr Crouzat intitulé : *Manœuvres et opérations obstétricales à l'Amphithéâtre*, 1889.

Expérience I.— Fœtus pesant 1,620 grammes. Bassin normal. Epaule à gauche, dos en avant. Procidence du bras droit sur lequel j'applique un lacs pour l'écarter vers la cuisse droite.

Premier temps. — L'embryotome est déjà armé de la ficelle-scie. Une main dirige le crochet à plat le long de la face antérieure du bras guide qui tient le cou. Le bec du crochet regarde à gauche. Je passe en avant du fœtus. Quand les doigts jugent que le bec de l'instrument a dépassé la région cervicale, je lui imprime un demi-tour en arrière pour enjamber le cou, et en tirant en bas j'accroche solidement ce dernier. Je glisse la sonde branche en arrière, le long de la ficelle-scie légèrement tendue par l'aide. A une petite distance du cou, je fais relâcher la ficelle et, par la progression du tube, l'anse se forme d'elle-même au-dessous de la région à sectionner.

Deuxième temps. — Je mets exactement les manches au même niveau, j'emboîte les ailerons et je tourne le pas de vis. Les portions rectilignes de l'instrument se trouvent ainsi parallèlement situées ; les deux branches sont en contact par leur extrémité supérieure, et le cou se trouve complètement emprisonné entre le crochet et l'anse.

Troisième temps. — L'aide fixe d'une main l'appareil. La première impulsion est facilement donnée à la ficelle-scie et la section est complète en dix secondes. Je retire l'instrument sans désarticuler et j'extrais successivement les deux fragments fœtaux complètement séparés. La ficelle-scie n'a subi aucune altération.

Expérience II. — Fœtus pesant 3,170 grammes, bien développé et d'une forte ossature. Bassin normal. Epaule à gauche, dos en arrière. Procidence du bras gauche qu'un lacs écarte vers la cuisse droite.

Premier temps. — Le crochet dirigé en arrière saisit le cou. La seconde branche est glissée derrière le pubis. L'anse de la ficelle est formée d'elle-même sous la région cervicale.

Deuxième temps. — En articulant, je sens qu'une parcelle de peau, interposée entre les becs, empêche ceux-ci de se mettre en contact immédiat ; ce que je vérifie en ouvrant momentanément l'abdomen. Cependant cela n'empêchera pas le succès de l'opération.

Troisième temps. — J'éprouve quelque difficulté à donner à la ficelle la première impulsion, mais dès qu'elle se met en mouvement elle se casse aux premiers va-et-vient. Je désarticule l'appareil, j'arme l'instrument d'une ficelle-scie plus grosse, je le réapplique de la même façon et je puis pratiquer la section totale du cou en 30 secondes.

Réflexions. — La seconde ficelle étant plus forte a bien réussi à pratiquer la section. Quant à la première ficelle qui s'est cassée, j'attribue cela non tant à sa minceur et au volume du fœtus, qu'à une imperfection d'une des poulies. En effet, contrairement à mes indications sur les dessins, l'ouvrier a mis, dans la branche non crochue, une poulie d'un diamètre excessivement petit. On comprend sans peine que sur une poulie si étroite, une ficelle-scie mince et tendue par un cou très développé se réfléchit sous un angle tellement aigu, qu'elle s'altère et se casse pendant la manœuvre.

Après quelques expériences faites avec la même poulie, celle-ci a été modifiée et les résultats ont été très satisfaisants.

Expérience III.— Fœtus bien développé pesant 3,150 grammes. Bassin normal. Epaule à droite, dos en avant. Procidence du bras gauche écarté vers la cuisse gauche.

Premier temps. — Le crochet se dirige bien en arrière et un peu à droite. La seconde branche est glissée en avant du fœtus pour former l'anse.

Deuxième temps. — L'articulation se fait sans difficulté. Une parcelle de peau est mordue par le bec des branches. Cela n'empêchera pas la section d'être complète.

Troisième temps. — La ficelle-scie, à cause de la minceur de la poulie défectueuse que je n'ai pas encore modifiée, hésite d'abord à se mettre en marche, mais une fois la première impulsion donnée, la section se fait en dix secondes.

Expérience IV. — Fœtus pesant 1,280 grammes. Epaule à droite, dos en arrière. Procidence du bras droit écarté à gauche par un lacs. Le fœtus étant petit, je rends l'expérience difficile en donnant au bassin un diamètre antéro-postérieur minimum de *quatre centimètres*. L'aide exerce une certaine pression à travers les parois abdominales.

Premier temps. — La main gauche, gênée à cause du rétrécissement du bassin, arrive avec peine à embrasser le cou ; cependant elle le saisit assez pour guider le crochet. Celui-c

est glissé lentement en arrière du fœtus, le bec regardant à gauche du bassin. Mais le thorax l'empêche de progresser sans violence. Je retire le crochet et le réintroduis encore en arrière, mais cette fois en dirigeant le bec vers le côté droit du bassin, *côté où se trouve la tête fœtale.* De cette façon le bec s'engage dans la gouttière qui sépare la tête du thorax et y progresse moins difficilement, mais bientôt les doigts le perdent et ne le guident plus. Malgré cela, je continue à le remonter doucement, tout en imprimant à la branche de petits mouvements sur son axe, afin de juger du moment où le bec, dépassant l'obstacle, aura la place voulue pour tourner et enjamber le cou, c'est ce qui a été fait. La seconde branche, poussée avec précaution, est, relativement à la première, très facilement introduite entre le cou et le pubis.

Deuxième temps. — Je m'aperçois que je fais une mauvaise articulation. En effet, grâce au grand rétrécissement, le pubis a forcé la seconde branche à cheminer sous le bec même du crochet et d'avancer sous son arcade. J'aurais pu commencer la section dans ces conditions, mais craignant d'échouer ou de fausser l'instrument, je retire la seconde branche seulement et j'ai recours au moyen suivant :

Je pousse légèrement de bas en haut le crochet, sans toutefois l'éloigner trop du cou ; et, par un petit mouvement de rotation, j'en dirige le bec le plus possible à droite du bassin. Cela me permet d'incliner la seconde branche du même côté, c'est-à-dire à droite, et d'éviter en quelque sorte *le joug* du pubis. J'obtiens ainsi une parfaite articulation, avec cette différence qu'au lieu d'avoir les branches l'une en avant et l'autre en arrière (ce qui était impossible vu que le bassin n'a que 4 centimètres), elles se trouvent situées dans la direction du diamètre oblique droit.

Troisième temps. — La ficelle se met facilement en mouvement et la section se fait en quelques secondes. Cette ficelle, qui avait déjà servi à une autre expérience, ne s'est pas altérée.

Expérience V. — Fœtus pesant 2,320 grammes. Bassin normal. Epaule à gauche, dos en avant. Procidence du bras droit écarté à droite.

Premier temps. — Le crochet est introduit en avant et la seconde branche est glissée en arrière.

Deuxième temps. — L'articulation se fait parfaitement et je sens que les branches se touchent en haut par leur extrémité sans interposition de parties molles.

Troisième temps. — La ficelle se met très facilement en mouvement et le cou est complètement sectionné en moins de 10 secondes.

Expérience VI, faite par M. Budin. — Fœtus de 2,120 grammes. Epaule à droite, dos en arrière. Bras droit procident écarté vers la cuisse gauche.

Premier temps. — M. Budin introduit le crochet en arrière et accroche le cou du fœtus. Il glisse ensuite la seconde branche le long de la ficelle et l'introduit en avant. Il s'assure avec le doigt que les sommets des branches sont au contact.

Deuxième temps. — L'articulation se fait très bien.

Troisième temps. — M. Budin fait d'abord de légers mouvements pour se rendre compte de la marche des poulies; ensuite il va plus fortement et sectionne le cou en moins de quinze secondes.

B. — Deuxième Groupe d'Expériences

Cou difficilement accessible. Section en écharpe.

Expérience VII. — Fœtus pesant 1,230 grammes. Ce fœtus étant petit je rétrécis le bassin à sept centimètres et demi. Epaule à droite, dos en arrière. Je place le deltoïde sur la marge du détroit, de manière à rendre le cou élevé et difficilement accessible. La main procidente ne dépasse pas la vulve; avec un lacs je l'écarte fortement vers le côté où se trouve la tête fœtale, à droite, dans le but de *faire bâiller* le creux axillaire où sera placée l'une des branches.

Premier temps. — La main gauche arrive à embrasser seulement le sommet du thorax : le pouce en avant et en bas dans le creux axillaire ; l'index en haut et en arrière sur la racine et la nuque; les trois autres doigts sur le moignon de l'épaule. J'introduis le crochet en arrière et à droite et le fais remonter le long de l'index. En le tournant et l'abaissant j'accroche la région sus-claviculaire, le bec du crochet passant en avant et croisant la clavicule. Je glisse la seconde branche en avant du fœtus, le long du creux axillaire, c'est-à-dire entre le thorax et le bras procident.

Deuxième temps. — L'articulation se fait très bien. Mais les branches s'écartent en haut en forme de V, car, quoique ce fœtus soit petit, la région saisie est plus étendue que le cou du fœtus le mieux développé. Malgré cela la prise du crochet étant solide je commence à opérer.

Troisième temps. — L'aide fixe, serre et tend à rapprocher les deux branches. La ficelle se met en mouvement. Je sens que la section est commencée et que, petit à petit, les tubes se rapprochent. Un léger bruit métallique m'indique que les becs se sont mis au contact. Je continue à manœuvrer et en 25 ou 30 secondes l'enfant est séparé en deux.

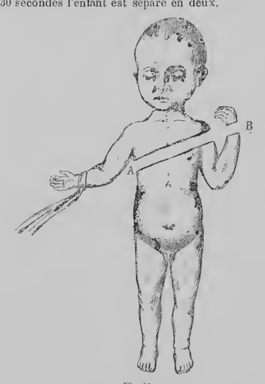


Fig. 19.

Réflexions. — L'examen du fœtus montre que le crochet, appliqué d'abord sur la région sus-claviculaire, a glissé sur la région deltoïdienne. Le fœtus est sectionné obliquement, ou en écharpe, depuis l'aisselle qui regardait en bas jusqu'au moignon de l'épaule qui était située en haut (A.B. *Fig.* 19).

La main gauche du fœtus, qui s'était trouvée sous le crochet, a été séparée de l'avant-bras. La figure représente l'obliquité de la section. On y voit que, dans les cas dont cette expérience est un exemple, le bras procident, après la section, restera toujours adhérent au segment correspondant à la tête du fœtus.

Cette expérience est la première qui nous prouve que cet embryotome peut sectionner une région plus étendue que le cou, malgré l'écartement des branches dans leur partie supérieure.

Expérience VIII. — Fœtus pesant 1,530 grammes. Epaule à droite, dos en avant. Je place le deltoïde un peu au-dessus de la marge du détroit. La main gauche procidente dépasse à peine la vulve; un lacs l'écarte fortement vers la cuisse droite, afin de faire *bâiller* le creux axillaire. Le fœtus étant petit, le bassin avait été rétréci à six centimètres et demi.

Premier temps. — Je fais exercer une pression à travers la paroi abdominale. J'introduis le crochet assez haut, en arrière et un peu à droite. Mais j'éprouve de la difficulté à atteindre la racine du cou pour saisir la région sus-claviculaire. Je n'y insiste pas et, conduit par l'index de la main guide, j'accroche le moignon de l'épaule supérieure. La seconde branche est glissée en avant du fœtus le long du creux auxillaire, le bras procident demeurant libre en avant du tube.

Deuxième temps. — Les manches s'articulent bien, mais les extrémités supérieures de l'instrument se trouvent écartées, comme dans l'expérience précédente, à cause de l'étendue de la région saisie.

Troisième temps. — L'aide fixe d'une main l'instrument et tend à rapprocher les branches. Il n'y a aucune difficulté à donner à la ficelle la première impulsion. A la fin de l'opération, je sens qu'il reste encore sous le crochet une parcelle de parties molles sur laquelle la ficelle-scie n'a pas d'action.

Alors je recommande à l'aide de tirer en bas sur l'instrument; cela permet aux parties molles restantes de se tendre contre les lèvres du crochet et de se laisser facilement entamer. La section totale n'a pas duré plus de vingt secondes. La ficelle qui avait servi aux deux autres expériences n'a pas été altérée.

Comme dans l'expérience précédente, nous avons eu ici une section oblique en écharpe, allant du moignon de l'épaule au creux axillaire du côté opposé, le bras procident faisant partie du fragment de la tête.

C. — Troisième Groupe d'Expériences.

Cou complètement inaccessible. Section directe du tronc.

Expérience IX. — Fœtus de 1,620 grammes, décapité dans l'expérience I. Bassin rétréci à six centimètres. Epaules à gauche, présentation directe du dos. Pas de procidence.

Premier temps.—L'aide presse à travers l'abdomen. Première branche introduite en arrière et à droite. Bientôt je tourne le bec en avant et pousse le manche contre le périnée, afin de mieux saisir le ventre du fœtus. La seconde branche est glissée derrière le pubis. De la sorte l'anse s'est formée sous le dos du fœtus, dont elle doit d'abord sectionner la colonne vertébrale.

Deuxième temps. — L'articulation se fait bien. Les branches de l'instrument s'écartent à leur partie supérieure.

Troisième temps. — L'aide fixe et tend à rapprocher les tubes. La ficelle se met facilement en marche. La section des vertèbres se fait sans difficulté. Bientôt les branches se touchent par le bec, et la division en deux du fœtus est complétée en vingt secondes. En retirant l'appareil je remarque qu'une mince parcelle d'intestins et de peau tient encore sous le crochet; mais une légère traction sur l'instrument suffit pour la rompre.

Expérience X. — Fœtus de 3,170 grammes, décapité dans l'expérience II. Bassin normal. Epaule à gauche, présentation directe du dos, sans procidence.

Premier temps. — J'introduis le crochet en arrière et en haut, je pousse le manche contre le périnée pour comprimer le flanc du fœtus et mieux saisir l'abdomen. — La seconde branche est glissée derrière le pubis.

Deuxième temps. — L'articulation est bonne, mais l'écartement des branches est assez prononcé.

Troisième temps. — La ficelle se met en marche très facilement. Je sens que la section est commencée; mais au bout de quelques instants le bruit de scie disparaît et la ficelle marche pendant deux minutes sans rien couper. Pour m'expliquer cette anomalie, j'ouvre l'abdomen, je désarticule et je trouve les flancs du fœtus sectionnés complètement et une simple rainure sur le corps d'une vertèbre lombaire. Détail important : sur une étendue de 20 centimètres la ficelle est totalement dénudée de son fil de fer, dont les spires se sont tassées à droite et à gauche. C'est pourquoi la ficelle, privée de l'agent qui fait fonction de scie, marchait sans pouvoir terminer la section de la colonne.

Je passe dans l'embryotome une nouvelle ficelle-scie et je le réapplique dans les mêmes conditions, en ayant soin de placer l'anse dans le sillon déjà tracé de la vertèbre. Je puis de la sorte continuer la section et la terminer en 15 secondes. Les branches se sont rapprochées et aucune parcelle de peau n'est restée au-dessus du crochet.

Réflexions. — La première ficelle-scie avait déjà servi à trois autres expériences, c'est pourquoi le fil de fer s'est cassé sur des vertèbres très ossifiées. Ajoutons que cette expérience, quoique classée dixième dans les groupes, a été faite une des premières, c'est-à-dire lorsque la poulie très défectueuse dont j'ai déjà parlé n'avait pas encore été modifiée.

Expérience XI. — Fœtus pesant 1,120 grammes. Bassin rétréci à 4 centimètres et demi. Par une pression forte et continue j'arrive à plier le tronc en deux en le tassant dans l'aire du détroit. La tête est fortement ramenée au-dessus du pubis.

Premier temps. — Le crochet est introduit en arrière et *à droite.* J'imprime au bec des mouvements en avant pour me faire du jour en refoulant le fœtus et non en contusionnant le promontoire. Quand je sens que le crochet est à l'aise, je le retourne en avant, je tire en bas et j'accroche le tronc sans savoir exactement quel point précis j'ai saisi. — La seconde branche est introduite en avant et *à gauche,* car, à cause du grand retrécissement, l'articulation se fera suivant un diamètre oblique, comme cela a eu lieu dans l'expérience IV.

Deuxième temps. Les manches s'articulent bien, mais les branches se trouvent écartées par en haut.

Troisième temps. — L'aide fixe l'instrument. L'impulsion est facilement donnée à la ficelle. Les branches se rapprochent graduellement jusqu'au contact et la section est terminée en 20 secondes. Le tronc du fœtus est divisé suivant une ligne oblique allant du flanc droit au sein gauche.

Expérience XII. — Fœtus pesant 1,800 grammes. Bassin normal, épaule à gauche, présentation de la région latérale droite du fœtus.

Premier temps. — Le crochet est introduit en arrière. La seconde branche est glissée en avant.

Deuxième temps. — Bonne articulation. Branches écartées en haut.

Troisième temps. — Section terminée en moins de dix secondes. — En touchant pour extraire les deux fragments fœtaux, je m'aperçois qu'ils restent unis par une portion de parties molles large comme deux doigts. Je réapplique le crochet et je sectionne le tout en deux ou trois mouvements.

Réflexions. — A la première application, l'instrument ayant sectionné les vertèbres et la plus grande partie du tronc, une seconde application n'était pas indispensable pour permettre l'extraction du fœtus. — Le même phénomène a eu lieu dans l'expérience suivante.

Expérience XIII, faite en présence de M. Budin. — Fœtus décapité par M. Budin dans l'expérience VI. M. Budin le place transversalement, le dos directement en bas; il laisse l'abdomen ouvert et n'exerce aucune pression sur le fœtus afin de voir comment se passeront les choses.

Premier temps. — J'introduis le crochet en arrière et en haut, puis je tire un peu en bas tout en poussant le manche contre le périnée. Nous remarquons ainsi que le crochet s'enfonce dans l'abdomen en le déprimant fortement. La seconde branche est introduite en avant du fœtus.

Deuxième temps. — L'articulation se fait bien. Les branches s'écartant à leur partie supérieure.

Troisième temps. — L'aide fixe et rapproche les branches. La section de la colonne vertébrale et de la plus grande partie du tronc est faite et les branches se trouvent rapprochées jusqu'au contact. Nous voyons qu'une parcelle de parties molles a échappé à la section. M. Budin fait remarquer que l'extraction du fœtus est possible sans sectionner le pont mou qui unit les deux fragments, cependant je fais une seconde application et je divise ce qui reste en deux ou trois mouvements.

Réflexions. — Cette expérience, ainsi que la précédente, montrent que parfois il faut faire deux applications pour opérer la section du tronc; mais que la seconde application n'a pas grande importance, car elle a pour but de sectionner une parcelle de parties molles qui n'aurait pas empêché l'extraction du fœtus, dont la colonne vertébrale a déjà été entamée.

Les considérations dans lesquelles je suis entré à propos du manuel opératoire de l'instrument et de son application sur le cou et sur le tronc, enfin les détails et les réflexions qui accompagnent les expériences des trois groupes, me dispensent de consacrer un chapitre spécial à l'examen critique de ces dernières. Ce serait tomber dans des redites inutiles. C'est pourquoi je m'empresse de clore ce mémoire en donnant ci-dessous les conclusions que je crois devoir en tirer en faveur du nouvel embryotome.

Conclusions.

1° — La difficulté obstétricale, qui consistait à passer la ficelle par-dessus le cou du fœtus, est complètement écartée ;

2° — L'instrument est beaucoup plus simple, car il ne comprend que deux pièces;

3° — Il y a dans le manuel opératoire un temps de moins. Ce qui, ajouté aux avantages précédents, rend l'opération plus simple et moins longue;

4° — L'instrument, à part son application facile sur le cou (expériences I à VI), peut aussi être employé avec succès sur toutes les régions du tronc :

Soit sur le sommet du thorax, qu'il sectionnera obliquement en écharpe (expériences VII et VIII et *Figure* 9).

Soit sur toute autre partie du tronc, qu'il divisera suivant une ligne plus ou moins transversale (expériences IX à XIII).

Appliqué sur ces régions dont l'étendue dépasse la capacité du crochet, il peut se faire que la section ne soit pas

*

totale à la première application (expériences XII et XIII dans lesquelles l'embryotome fut appliqué au niveau de l'abdomen). — Mais la plus grande partie du tronc et surtout la colonne vertébrale étant sectionnées dès cette première application, le fœtus peut très bien être extrait sans avoir recours à une seconde. Celle-ci, du reste, si l'on veut s'y soumettre, sera très facile, vu que la portion de parties molles qui reste intacte est entamée en deux ou trois mouvements de la ficelle;

5° — Aucune pièce de bois n'entrant dans la construction de cet embryotome, qui est tout en acier, il satisfait à toutes les exigences modernes de l'antisepsie : Les solutions antiseptiques, l'étuve, le jet d'une flamme d'alcool à travers les fenêtres, assurent la propreté la plus complète. L'instrument étant nickelé, cette propreté est plus facile à entretenir, et les poulies se trouvent par le même fait à l'abri de la rouille.

6° — Il faut ajouter que cet embryotome pèse seulement 470 grammes, et que, malgré cette légèreté, il a subi treize expériences sans éprouver la moindre détérioration.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Doctorat des Internes en médecine.

La presse politique s'occupe beaucoup, ces temps-ci, des internes en médecine des hôpitaux. Elle expose surtout les arguments que fait valoir la majorité de l'internat, en demandant à l'Administration de l'Assistance publique la faculté, pour les internes, de pouvoir prendre le grade de Docteur. D'un autre côté, elle fait connaître l'opinion de certains médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui ont été spécialement consultés sur la question. Bien entendu, les interviews des rédacteurs de journaux politiques auxquels nous faisons allusion (1) ne se sont adressés qu'aux vieilles autorités médicales, qui toutes sont pour le maintien du *statu quo*, sans avoir pris le soin de réfléchir un instant à l'importance de cette réforme imminente, de parcourir les divers articles publiés sur ce sujet par plusieurs représentants de la presse scientifique parisienne.

Le *Progrès médical* a été un des premiers journaux médicaux à s'occuper de cette réforme, réclamée depuis 2 ou 3 ans déjà par un grand nombre d'intéressés, question qu'une commission de l'*Association amicale des Internes* a soumise à M. le Directeur de l'Assistance publique, il y a quelque temps déjà, appuyée par une pétition signée par un grand nombre d'internes.

Dans notre Numéro des Etudiants de 1887, nous disions : « Une proposition nouvelle qui rendrait service à beaucoup d'internes, mériterait d'attirer l'attention de l'Administration. Aujourd'hui, les règlements défendent à ces jeunes gens de passer leur thèse avant la fin de leur quatrième année. Eh bien ! nous croyons que c'est là une faute, et qu'il y aurait tout intérêt à laisser désormais à cet égard toute latitude aux internes. »

Si, au lieu d'aller toujours consulter des personnes qui ne peuvent pas suivre de près les modifications survenues depuis vingt ans dans la vie des Etudiants au Quartier latin ; qui, pour juger de choses de l'internat, se bornent à se reporter à leurs souvenirs de jeunesse ; qui, partant, ne sont guère au courant de ce qui se passe aujourd'hui dans les salles de garde, les journaux politiques avaient demandé avis à leurs confrères de la presse médicale, aux jeunes médecins ou chirurgiens des hôpitaux, qui ont à cœur de rivaliser, dans leurs services, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique chirurgicale, avec les médecins et les chirurgiens étrangers, la question aurait certes fait un grand pas ; elle serait peut-être déjà résolue.

Parmi les chefs consultés, un seul — et c'est un de ceux que nous rangeons dans les jeunes — aurait été d'avis qu'il faudrait permettre aux internes de passer leur thèse. Suivant nous, tant qu'on demandera à nos vieux maîtres, imbus des préjugés d'antan, ignorants des nécessités premières de l'existence aujourd'hui, de vouloir contribuer à une révolution qui dérange toutes les combinaisons de leur vie journalière, on n'arrivera à rien ; cela est bien certain. Tous refuseront catégoriquement d'apporter leur sanction à n'importe quelle modification des règlements. Tous soutiendront toujours que le doctorat est nuisible à l'institution de l'internat ; mais il n'en est pas de même des chirurgiens. Nous en connaissons beaucoup (il est vrai que ceux-là n'ont pas d'attache avec la Faculté) qui seraient enchantés d'avoir sous la main un aide sur lequel ils puissent *légalement* et *pratiquement* compter. Les exigences des services chirurgicaux, tels qu'ils doivent être compris désormais, sont telles que le chirurgien ne peut tout faire par lui-même. Si l'interne était docteur, il aiderait son chef, en toute sécurité pour l'un et pour l'autre. Que l'on ne nous objecte pas qu'il y aurait empiètement de la part de l'élève ! C'est là un argument purement théorique. Que l'on ne nous objecte pas que l'interne en chirurgie fera de la clientèle ; cela est presque impossible, faute de clients d'abord, et surtout si l'on continue à respecter la tradition qui veut que l'élève ait besoin de ses chefs pour être à son tour chirurgien des hôpitaux. Et d'ailleurs l'Administration aurait toujours le droit de remercier purement et simplement l'interne qui ne remplirait pas, avec intention, ses fonctions comme l'exige la situation qu'il occupe.

Quant à l'interne en médecine, quelle clientèle pourrait-il faire après avoir été reçu docteur, c'est-à-dire en général un an ou deux ans au plus avant de terminer son internat? Il suffit de songer à la clientèle que font, pendant les 2 ou 3 premières années, les internes qui commencent à exercer. A peine ont-ils deux ou trois visites par jour à faire, après un an, deux ans et même trois ans de vaine attente. Nous mettons en fait qu'on peut parfaitement faire trois visites par jour en ville et remplir *admirablement* ses fonctions d'interne, passer 6 ou 8 heures ou plus, chaque jour, à l'hôpital. Il faut ne pas connaître la majorité des internes actuels (nous parlons, bien entendu, de ceux qui sont peu fortunés, de ceux qui feront un peu de clientèle pour vivre) pour croire qu'ils ne pourront être, à la fois, véritables docteurs et parfaits internes.

On objecte : cela démembrera le service médical hospitalier. Il n'y aura plus d'internes à l'hôpital, en dehors de l'interne de garde, etc. On ne démembrera rien du tout, par la bonne raison que tout va depuis assez longtemps à vau-l'eau. Nous le répétons : il faut ne pas savoir ce qui se passe aujourd'hui dans les salles

(1) Voir l'*Eclair* qui a publié récemment des articles, en général bien rédigés et exacts ; ce qui n'arrive pas souvent.

de garde pour accorder quelque valeur à de tels arguments. Depuis la création de l'Ecole pratique et depuis l'institution des clinicats, qui ont tué l'internat (*pécuniairement* parlant du moins), depuis le développement des laboratoires, l'hôpital devient désert dès une heure de l'après-midi ; le chirurgien qui, dans la journée, y vient opérer d'urgence, n'y trouve que l'interne de garde ou le plus souvent qu'un externe... de garde ; cela est surtout vrai pour les hôpitaux centraux. Certes, en permettant aux internes de devenir docteurs, cela ne remédiera pas du tout à un tel état de choses. Mais, ce qu'il faut savoir, c'est qu'aujourd'hui il est difficile d'y remédier, même en obligeant les internes à monter constamment leurs gardes. Les traditions anciennes sont passées de mode. L'interne, ne trouvant plus à gagner sa vie à l'hôpital, comme aux temps heureux où l'on donnait des leçons, où Paris attirait les étudiants de l'Europe entière, est obligé d'aller travailler au dehors, s'il n'a pas de fortune. Comment le fixer à l'hôpital ?

Qui fait illicitement de la clientèle, ce qui est toléré ; qui est préparateur ; qui est aide dans une clinique privée, etc. Si l'interne, grâce à des ressources personnelles, peut vivre à sa guise, il va alors dans le laboratoire, s'il est travailleur, ou ailleurs, s'il ne l'est pas ; mais il ne reste plus à l'hôpital. Si le *Whist* est mort, la salle de garde a vécu ; et, avec la disparition de la salle de garde, s'est perdue l'antique tradition de la présence constante des internes à l'hôpital. Il n'y a pas de remède. On objecte encore : mais si les internes sont docteurs, ils ne seront plus des élèves ! Cela est bien certain, au sens littéral du mot; mais, *administrativement*, ils n'en resteront pas moins les auxiliaires des chefs de service, ce qu'ils sont surtout aujourd'hui. Pour ne plus être élève, on peut rester étudiant. Tout cela n'est donc qu'une pure question de mots.

On ajoutera aussi : les thèses des internes deviendront moins bonnes, car ils les feront plus vite. Qu'importe, s'ils publient ensuite des mémoires de valeur, ce qu'ils essayeront toujours de faire, puisque c'est là leur seul moyen d'acquérir une juste renommée, d'avoir un avenir assuré. Cela prouve simplement que la thèse est inutile.

Quels sont maintenant les avantages de la réforme ? Pour tous les internes, quels qu'ils soient, l'assimilation aux docteurs relèvera leur prestige à l'hôpital, à la ville et surtout à l'étranger. Que de fois, au cours de voyages aux pays d'outre-Rhin, n'avons-nous pas vu s'étonner d'une pareille anomalie l'assistant étranger, frappé de voir tant d'acquis (soit dit sans se vanter) chez des jeunes gens si peu décoratifs et si peu titrés.

De plus ils feront *légalement* ce qu'ils font chaque jour *illégalement* ; ne sait-on pas qu'en cas de malheur, alors même qu'il est inévitable, l'interne est entre les mains du juge d'instruction : il est des faits qu'il est inutile de rappeler.

C'est surtout pour les internes peu fortunés que la réforme a une grande importance. Il leur est impossible aujourd'hui de vivre avec leur indemnité ; et d'autre part il leur est impossible de trouver à donner des leçons. Que faire, sinon travailler au dehors ou abandonner l'internat ? Vouloir maintenir quand même le *statu quo* serait favoriser ouvertement ceux qui peuvent pendant quatre ans se subvenir, sans avoir besoin de recourir à un travail rémunérateur.

Docteurs, les internes pauvres auront le temps, pendant leurs deux dernières années d'exercice, de se créer un noyau de clientèle ; et au sortir de l'hôpital ils pourront au moins vivre. Ce qui n'est pas aujourd'hui.

En résumé, pour quiconque examine la situation qui est faite aux internes par les conditions actuelles de l'existence, il est évident que cette situation est toute différente de celle qu'elle était il y a 20 ans, et que l'internat, en allongeant d'au moins trois années, les études des internes par rapport à leurs camarades qui n'affrontent pas le concours, constitue, une lourde charge pour les familles, sans compter que les docteurs non internes font de la clientèle pendant ces trois années.

En second lieu, l'argument capital mis en avant, et qui consiste à craindre que les internes docteurs ne remplissent pas scrupuleusement leurs devoirs envers les chefs de service et les malades, nous paraît de médiocre valeur. C'est à l'Administration qu'il appartient d'exiger que dans les hôpitaux chacun remplisse, comme il le devrait, ses obligations, qu'il s'agisse des internes ou des chefs de service. Nous sommes convaincu que M. Peyron, qui semble favorable à la tentative de réforme, saura apprécier les raisons que les internes font valoir et se rendra compte des avantages que son Administration peut en retirer.

Ecole d'Anthropologie. — Cours d'Embryogénie de M. le Pr Mathias Duval.

La vigoureuse impulsion donnée par Broca à la *Société d'Anthropologie* ne s'est point affaiblie avec le temps, mais plutôt accrue, sous la direction de son éminent successeur, M. M. Duval. Les conférences ouvertes à un public de gens du monde, ignorants pour la plupart de l'anatomie et de l'histologie, ont eu un succès qu'on ne pouvait prévoir. La salle est depuis longtemps trop petite et il est bien curieux de voir ce public composé de jeunes gens de toutes les écoles, de dames (on y voit même des prêtres), s'intéresser à des questions aussi ardues que le développement de l'encéphale ou la valeur morphologique des canaux segmentaires. Devant le succès indiscutable et toujours croissant de la série de conférences que l'Ecole fait chaque année, M. M. Duval s'est décidé à aborder un programme bien vaste et que nul ne pouvait mieux remplir que lui. Il s'agit d'un cours complet d'Embryologie qui durera plusieurs années. En réalité, ce cours est déjà commencé. L'année dernière, le professeur a traité de la fécondation et de l'hérédité. Il a mis en relief les phénomènes intimes de la fécondation et la valeur réciproque du spermatozoïde et de l'ovule. Cette année, nous verrons traiter d'abord quelques questions secondaires se rattachant à l'hérédité ; ce sont la *sexualité*, l'*hybridité*, la *formation des monstres doubles*. La sexualité est une question encore obscure, mais les théories de Thiry (de Genève) et de Giroux (de Buzareingues) renferment certainement des éléments de vérité et font espérer que la clarté se fera bientôt sur la formation des sexes ; l'hybridité et les monstruosités doubles sont, au contraire, beaucoup mieux connues, et l'on en peut donner, dès à présent, une explication rationnelle, mécanique même. Ces études prendront la première partie du cours ; puis, la fécondation étant connue dans ses

lois générales et dans ses anomalies, le professeur abordera l'étude de l'ovule fécondé ; il passera en revue la *théorie de la gestation*, puis le *développement des feuillets du blastoderme*. Nous n'apprécierons pas la manière de faire de M. Mathias Duval ; c'est la perfection même, comme on l'a dit souvent ici. Il en résulte, auprès du public, un succès qui a ses côtés fâcheux pour les étudiants en médecine. Ceux-ci, moins favorisés que les gens du monde auxquels s'adresse le cours, sont obligés de venir une demi-heure d'avance pour trouver des places, et pourtant beaucoup tiendraient à suivre le seul vrai cours d'embryologie professé à Paris. Ajoutons, au risque d'augmenter l'encombrement, que le cours ouvert le lundi 13 janvier, à 1 heure, dans l'amphithéâtre de la Société d'anthropologie, se continuera les lundis suivants, à la même heure. Si M. Duval voulait permettre à un de ses élèves de publier ces si substantielles leçons d'Embryologie, le monde savant tout entier, en dehors du cercle restreint des auditeurs de l'Ecole d'Anthropologie, pourrait enfin voir clair dans ces régions obscurcies jadis à dessein et apprendre les éléments de cette belle science, trop délaissée chez nous.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 *janvier* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

M. JOHANNÈS CHATIN dépose une note sur la *propagation des Anguillules de la Betterave*. — On a accusé les moutons de répandre et de diffuser l'Anguillule, qui traverserait sans en souffrir leur tube digestif, s'y développerait même, et serait semée par les déjections. M. Chatin a constaté qu'il n'existait plus d'Anguillules vivantes dans le crottin des moutons nourris de betteraves malades ; ni de larves pouvant propager la maladie vermineuse des betteraves.

M. WILLIAM VIGNAL.— *Sur la propagation de la Tuberculose.* — V. Villemin a montré, il y a longtemps, les propriétés infectieuses des crachats frais. Pour les crachats desséchés artificiellement, la preuve a été faite également; MM. Vignal et Malassez ont montré que les crachats projetés à terre et desséchés dans les conditions ordinaires des salles d'hôpital sont également virulents. Ces recherches ont été faites il y a quelques années.

M. JACQUET présente une aquarelle et des pièces provenant d'un malade atteint de *Syringomyélie avec lésions cutanées étendues*. Il s'agit d'un homme qui fut piqué à l'index droit par un Scorpion en Algérie. Il eut, à la suite, un phlegmon qui guérit; puis des ulcérations portant sur la région auriculaire, les régions temporales et occipitales et descendant jusqu'à la clavicule le long de la partie droite du cou. Ces ulcérations étaient consécutives à de véritables eschares, que l'on pouvait, pour ainsi dire, provoquer à volonté par un frottement un peu rude. Il existait une anesthésie absolue. L'autopsie permit de constater une syringomyélie typique, avec lésions cavitaires des cornes postérieures. Les nerfs périphériques ne présentaient pas d'altérations. Le diagnostic avait été : troubles trophiques consécutifs à la piqûre d'un scorpion. L'étendue des lésions cutanées, leur systématisation sur le plexus cervico-brachial rendent cette observation particulièrement intéressante.

M. ROBERT WURTZ. — Les propriétés antimicrobiennes des sérums d'animaux vaccinés ou non ont été mis en lumière par des travaux récents; il nous suffira de rappeler celui de MM. Charrin et Roger. *L'albumine du blanc de l'œuf de poule possède aussi des propriétés microbicides*, sur lesquelles nous venons communiquer le résultat de nos recherches. En prenant une quantité minime de culture à l'aide d'un fil de platine qui plonge toujours de la même longueur dans la culture, on peut ensemencer des tubes préparés de la façon suivante : on puise le blanc d'œuf à l'aide d'une pipette stérilisée et l'on en dépose 1 cc. par chacun des tubes de culture. On les inocule ensuite avec le fil de platine, comme il a été dit ; puis on les porte dans l'étuve à 38°, pendant une heure au plus. Au bout de ce temps, on peut ajouter à la quantité d'albumine contenue dans chaque tube, dix fois son poids de gélatine; il ne se développe aucune colonie, tandis que des tubes contenant la même quantité de gélatine, sans albumine, et ensemencés de la même manière avec les mêmes cultures, se montrent très rapidement fertiles. Les recherches ont porté surtout sur le Bacillus anthracis, qui, à l'état de bâtonnets, de filaments ou même de spores, est arrêté dans son développement par l'albumine fraîche. Les Spirilles, le microbe du choléra des poules, le Bacille d'Eberth, les différents Streptocoques, le Bacillus subtilis, etc., etc., sont également sensibles à cette action, mais plus lentement. Il est utile de noter que pour la réussite de l'expérience, la quantité de culture inoculée doit être très minime. D'autres observateurs ont pu développer des colonies microbiennes dans l'albuminne, en inoculant directement l'œuf à travers la coquille. Ces résultats divergents s'expliquent par ce détail qu'ils se semaient de quantités relativement considérables de culture. L'albuminurie de l'œuf ne possède cette action antimicrobienne que lorsqu'elle est fraîche. Cuite, elle forme au contraire un bon milieu de culture.

On peut tirer de ces faits quelques conclusions générales. Ainsi, l'œuf des Oiseaux serait protégé contre les microbes, dans les oviductes et dans le cloaque, par son enveloppe d'albumine. Un grand nombre de reptiles et de batraciens, tous les poissons, abandonnent leurs œufs dans des eaux qui contiennent une certaine quantité de microbes, mais ces œufs sont protégés par leur enveloppe d'albumine.

M. DUCLAUX. — Je ne peux qu'applaudir à ces intéressantes recherches, mais je rappellerais qu'on a signalé tout dernièrement pour le lait des propriétés microbicides semblables. Peut-être en est-il de même pour le bouillon ordinaire. Je crois que ces faits se rattachent à des modifications d'ordre général. Quand on transporte un bacille d'un milieu dans un autre, il se produit toujours la mort d'un certain nombre de bacilles avant l'accoutumance. Il faudrait cultiver d'abord les microbes dans l'albumine inoculée à fortes doses, et reprendre de ces cultures une faible dose pour inoculer à nouveau de l'albumine fraîche.

M. CHARRIN. — Les cultures qui sont inoculées dans les tubes témoins y pullulent, dans les expériences de M. Wurtz, comme dans celles que nous avons faites, M. Roger et moi, sur le sérum des animaux vaccinés. Par conséquent, l'influence du changement de milieu est assez faible ; l'objection de M. Duclaux se trouve très amoindrie, sinon supprimée par ce fait.

M. STRAUS est également d'avis que les modifications de la vie des bacilles dues au changement de milieu sont trop faibles pour expliquer les phénomènes observés par M. Robert Wurtz, et qu'il a pu contrôler dans son laboratoire.

M. GLEY. — Buchner attribuait les propriétés antimicrobiennes du sérum aux albuminoides qu'il contient. Les intéressantes expériences que nous relate M. Wurtz viennent à l'appui de cette thèse et tendraient à montrer qu'il s'agit là d'une propriété commune à tous les albuminoides.

M. GUIGNARD dépose une note de M. Borrell, de Montpellier, sur la *division nucléaire anormale*. Dans une tumeur épithéliale du maxillaire supérieur, M. Borrell a pu constater que les noyaux en division kary okynétique au lieu de presenter deux fuseaux et une plaque équatoriale, présentaient trois ou quatre fuseaux, entraînant également la multiplication des plaques équatoriales. Ces figures de mitose irrégulière sont à rapprocher de la division aboutissant à la formation de trois noyaux, signalée dans les épithéliomas par le professeur Cornil. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 janvier 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Brouardel demande qu'une Commission spéciale distincte de celle des épidémies soit nommée pour étudier *l'épidémie actuelle de grippe* et rassembler tous les documents et travaux qui y ont trait.

M. Péan fait une communication sur la *résection totale des os de la face pour des odontômes* à propos d'un cas qu'il rapporte. Il s'agit d'une femme de 32 ans dont le sphénoïde, les trois maxillaires et les molaires étaient envahis par des ostéofibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires. Le début remonte à neuf années. Il y a cinq ans résection du maxillaire supérieur droit. Récidive et extension au maxillaire gauche dont le volume était à peu près celui d'une tête de fœtus. Le visage était hideux, la mastication, la déglutition, la phonation et la vision étaient gênées. Dans une première séance ablation de maxillaires supérieurs, des molaires, des apophyses ptérygoïdes, des cloisons naso-orbitaires et du plancher des orbites. On constate alors que le tumeur s'engage au-dessous de la lame inférieure du sphénoïde. En la réséquant, on trouve une petite molaire couchée transversalement dans le tissu spongieux, et qui a sans doute été la cause de la tumeur; cette anomalie, qui se rencontre assez souvent chez le cheval, est peut-être unique chez l'homme. — Six semaines plus tard ablation du maxillaire inférieur. — Le long du bord inférieur de la ligne médiane on découvre une canine de la seconde dentition couchée transversalement. Les suites de ces opérations ont été favorables et il n'y a pas récidive après quatorze mois. Pour corriger la déformation on s'est servi d'un appareil prothétique construit par le professeur Michaëls, de l'Ecole Dentaire, en se servant comme point d'appui de la bride fibreuse qui relie la face interne de la lèvre supérieure à la face postérieure des narines et du voile du palais qui avait été conservé à dessein. M. Péan conclut que: 1° l'ablation totale des os do la face peut être faite avec succès; 2° elle est indiquée dans les cas d'ostéofibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires, quand ces néoplasmes occupent simultanément les trois maxillaires; 3° en pareil cas elle peut-être suivie d'une guérison durable; 4° la déformation et les troubles fonctionnels qu'elle occasionne peuvent être corrigés par la prothèse.

M. Lagneau, à propos des *réformes dans l'enseignement secondaire au point de vue du surmenage et de la scolarité*, est convaincu du désir des recteurs de réformer l'enseignement secondaire. Mais, d'un côté, chaque professeur spécial ne veut pas entendre parler de réduction dans la branche qu'il professe, et, d'autre part, les administrations de l'Etat qui rédigent les programmes d'admission aux écoles spéciales, ne consultent même pas l'Université. Il sera nécessaire d'avoir des commissions mixtes pour réduire et arrêter les programmes.

M. Berger présente une petite fille de huit mois guérie d'une *encéphalocèle occipitale traitée par l'extirpation*, d'après le procédé de M. Périer. La tumeur, grosse comme un petit œuf, n'était pas réductible. A la partie supérieure de la région dorsale, existait une dépression, rudiment do *spina bifida*. La tumeur augmentant de volume on l'extirpa en sectionnant le pédicule isolé de la poche méningée au ras de l'orifice occipital. L'opération guérit parfaitement. La tumeur, examinée par M. Suchard, comprenait un tissu tégumentaire analogue à du myxome, une poche formée par une membrane vasculaire analogue à l'arachnoïde; et enfin, dans cette poche, un tissu grisâtre disposé en lames, et présentant par places la structure de l'écorce grise du cerveau, et par d'autres celle du cervelet. Cette simultanéité des deux tissus montre que ces tumeurs se forment de toutes pièces hors du crâne. Le diagnostic de la variété d'exencéphalie est toujours très obscur. Le seul traitement est l'extirpation.

Suite de la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose.

M. Lancereaux rappelle que trois sortes de causes déterminent la tuberculose : des causes déterminantes qui ne jouent qu'un rôle accessoire, des causes efficientes qui ne sont autre chose que le bacille, des causes prédisposantes qui permettent le développement de ce bacille. Parmi les causes prédisposantes, deux particulièrement sont dignes d'intérêt et sont considérables : l'*insuffisance de l'air* et l'*abus des boissons alcooliques*. Sur 2.000 observations de tuberculeux, il y en a 1120 relatives à des ouvriers vivant ou travaillant dans un air plus ou moins confiné. On comprend dès lors comment plusieurs personnes peuvent être atteintes ensemble. De sorte que la contagion, qui lui paraissait très fréquente, lui semble aujourd'hui beaucoup plus rare qu'on ne le croit. Quant à l'alcoolisme, son influence est indiscutable, surtout pour les buveurs d'absinthe. Les alcooliques ont une localisation pulmonaire au sommet du poumon droit et des hémoptysies fréquentes. la forme granulique y est plus fréquente; chez les sédentaires, le début se fait plus souvent à gauche, les hémoptysies sont rares et la pneumonie caséeuse commune. Les mesures proposées par la commission sont insuffisantes. Si la destruction des crachats est indispensable, il est nécessaire de faire comprendre aux pouvoirs publics que l'air sain est un élément indispensable à la vie de l'homme. Il est non moins nécessaire de prendre des mesures énergiques contre l'alcoolisme. C'est à l'administration supérieure seule qu'il convient de prendre des mesures efficaces contre la tuberculose.

M. Jaccoud, dès 1880, a exposé dans son cours la transmission de la tuberculose par inoculation, par inhalation de particules de crachats, par ingestion du lait de vaches tuberculeuses, et a prescrit toutes les mesures à prendre pour éviter la contagion, qui sont celles qu'on préconise aujourd'hui. Quoique convaincu de la transmissibilité de la tuberculose, il ne votera pas les conclusions de la Commission, qu'il tient pour inopportunes. Il rappelle l'historique de la question, les recherches de Koch, Baërs, Sormani, Schill et Fischer, Jahn, Richard, Galtier et Cornet sur l'utilité de la désinfection des crachoirs, la contagiosité par les crachats, et l'isolement des tuberculeux. Aujourd'hui on vient demander à l'Académie d'approuver des conclusions relatives à la transmissibilité de la tuberculose qui est à l'heure actuelle une vérité banale, comme le prouve l'historique qu'il en a fait. Il est un peu tard pour que l'Académie donne un avis solennel sur une question qui n'en est plus une. Quant à l'instruction populaire indiquant les moyens préservatifs de la transmission elle présente une exagération dangereuse, et fera plus de mal que de bien. On ne retiendra que le fait de la transmissibilité sans tenir compte du terrain indispensable au développement du bacille, de sorte que le phthisique sera considéré comme un pestiféré qu'il suffira d'approcher pour contracter la tuberculose. Il faudrait au moins supprimer le préambule étiologique de l'instruction et se borner aux mesures préventives. Mais pour prendre ces mesures il faut d'abord un diagnostic, et c'est par conséquent au médecin que doivent s'adresser ces propositions pour qu'il fasse les prescriptions prophylactiques recommandées. Or, pour les médecins, point n'est besoin d'instruction spéciale, les publications scientifiques sont amplement suffisantes. Il n'y a qu'une question qui soit digne d'un débat et d'une instruction, c'est la répartition des tuberculeux dans les établissements hospitaliers, question qui n'est pas soumise à l'Académie. Il demande que l'Académie soit appelée avant tout à voter sur cette question. L'Académie consent-elle à publier une instruction sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose?

M. Le Roy de Méricourt, qui devait prendre la parole, déclare qu'après le discours de M. Jaccoud il n'a plus rien à ajouter et votera comme lui.

M. Hardy est du même avis et dépose un amendement pour que la discussion soit close et qu'on passe à l'ordre du jour.

M. Trélat fait remarquer que la publicité des instructions ne sera pas si considérable, étant limitée au bulletin; que le public médical est moins éclairé sur ce sujet que ne

le dit M. Jaccoud puisque M. Sée ne connaissait pas les prescriptions du Conseil de Salubrité de la Seine, affichées partout. Il est à craindre que les administrations ne veuillent prendre aucune précaution, l'Académie ayant jugé inutile de le faire et de sanctionner celles qu'on lui proposait.

M. Verneuil prétend que c'est offenser la Commission que d'attaquer ainsi son travail. Il refuse à prendre la parole et demande la fin de la discussion, comme l'a proposé M. Hardy, pour que l'offense faite soit complète.

Après diverses observations échangées entre MM. Hardy, Jaccoud, Trélat, Verneuil, M. Larrey propose de renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 Janvier 1890. — Présidence de M. Dumonpallier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ferrand, à l'occasion du procès-verbal, désire appeler l'attention sur un *état particulier du poumon qui paraît précéder les complications pulmonaires de la grippe.* Il cite le cas d'une jeune fille de 14 ans atteinte de grippe à forme gastro-intestinale, chez laquelle il trouva un matin un côté de la poitrine respirant à peine. Il y avait en même temps matité, exagération de la résonnance vocale ; en somme, diminution de la perméabilité du poumon qui ne paraissait cependant pas due à un processus pneumonique ordinaire. Cet état disparut en trois jours sous la seule influence d'une bonne hygiène. Dans un autre cas, chez une femme de 80 ans, les mêmes signes se montrèrent 48 heures après la naissance d'une grippe ; ils furent suivis 48 heures après des signes physiques d'une pneumonie (râles crépitants, mais pas de souffle, puis râles de retour). M. Ferrand suppose qu'il y a dans ces cas une sorte d'atélectasie pulmonaire à type spécial, qui peut précéder les pneumonies ordinaires, mais qui est rare dans ces cas, tandis qu'il paraît fréquent dans la grippe actuelle.

M. Letulle donne lecture d'une observation de M. le Dr Martel, relative à un fait *d'intoxication lente par les gaz du coke.* Il s'agit d'un enfant de 4 mois qui, malade de gastro-entérite, était continuellement maintenu dans une chambre chauffée par une cheminée à coke. Au bout de peu de jours, on vit survenir chez cet enfant une torpeur, semi-comateuse, de l'agitation, une pâleur cireuse, de l'amaigrissement. Les antécédents pouvaient faire craindre le développement d'une méningite. Cependant le Dr Martel, frappé par l'odeur spéciale qui s'exhalait du coke en combustion dans la cheminée, pensa que les gaz de combustion pouvaient être la raison d'être de ces symptômes. Il fit transporter l'enfant dans une autre chambre. Les symptômes que celui-ci présentait s'amendèrent rapidement. La cheminée de la première chambre fut alors remplacée par une autre à fort tirage, puis l'enfant fut réintégré dans la chambre où il est resté sans être incommodé et parfaitement guéri. Le Dr Martel croit pouvoir attribuer les symptômes présentés par cet enfant à l'empoisonnement lent par des gaz dégagés par le coke en combustion, gaz qui se répandaient dans la chambre à cause du mauvais tirage de la cheminée (1).

M. Cadet de Gassicourt, après avoir brièvement rappelé quelle part les grandes questions d'hygiène ont tenu dans les discussions de la Société pendant la session qui vient de s'écouler, prononce en quelques phrases l'éloge du professeur Damaschino. (Voir N° 1).

M. Dumontpallier prend place au fauteuil de la présidence ; Il annonce la mort de M. Gendrin. (Voir N° 2).

M. Du Cazal rapporte un cas d'*érysipèle de la face suivi d'un petit abcès de la paupière supérieure gauche.* Le malade ayant succombé deux jours après l'ouverture de l'abcès, l'autopsie a révélé que celui-ci s'étendait à tout le tissu cellulaire de l'orbite. Il existait en outre une méningite avec pus abondant partant du chiasma des nerfs optiques et gagnant la partie postérieure du cerveau. Ce cas est surtout remarquable en ce qu'il permet de suivre la marche du streptocoque depuis l'orbite jusqu'à la cavité cranienne, le long de la gaine du nerf optique. — Les méninges de l'étage supérieur du crâne étaient indemnes.

M. Hervieux. — La question est de savoir si, en réalité, la méningite a été secondaire à l'érysipèle ou si c'est le contraire qui s'est produit. J'ai souvent remarqué que l'érysipèle était consécutif à des suppurations internes (pleurésie, péritonite). La suppuration des méninges, si elle est secondaire, s'est faite bien rapidement.

M. Richard fait observer que la marche des suppurations méningiennes, est ordinairement inverse de celle décrite par M. du Cazal.

M. Letulle présente, au nom de M. le Dr Aigre (de Boulogne-sur-Mer), un mémoire sur la *tuberculose miliaire aiguë du pharynx.*

M. Chantemesse présente, au nom de M. le Dr Bénard (de Bordeaux) une observation de *traitement de kyste hydatique du foie par les injections de sublimé.* Il s'agit d'un kyste suppuré qui fut incisé (1) ; la poche fut ensuite lavée avec la liqueur de Van Swieten ; le résultat fut excellent. Le malade eut seulement à la suite du traitement une légère stomatite mercurielle.

La Société se forme ensuite en Comité secret.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

M. Verneuil dépose sur le bureau un mémoire de M. le Dr Kapetanakis (de Grèce) relatant trois observations de *plaies de l'abdomen* guéries ; l'une était due à un coup de couteau ; les deux autres à des balles de revolver.

M. Tillaux dépose une observation de M. Phocas (de Lille) intitulée : *Hydramnios, ponction, grossesse avancée, diagnostic.*

M. Monod fait un rapport sur un important travail histologique et clinique de M. le Dr de Larabrie, ayant trait aux *tumeurs des glandules de la muqueuse buccale.* Ces tumeurs s'observent de 20 à 60 ans environ, chez les hommes comme chez les femmes. Elles siègent sur la voûte du palais ou à la face interne des joues. Leur volume est très variable (petit pois à œuf de poule). Elles sont généralement lobulées, mais la muqueuse passe intacte au-dessus d'elles et est sans adhérence avec elles. En général, il n'y a pas d'ulcération ; mais ces tumeurs peuvent cependant se transformer en néoplasme malin. Nélaton fut le premier à signaler ces tumeurs sous le nom de simple hypertrophie glandulaire. Michon, Marjolin, Laugier, Velpeau, etc, en ont cité des exemples sous la dénomination d'adénome, contestée en 1856 par Richard. En 1872, on établit toutefois d'une façon certaine leur nature néoplasique (Després et Coyne, etc.). La thèse de Fonnegra montra qu'on avait bien affaire à des épithéliomes, ou mieux à une variété d'épithéliomes glandulaires. D'après M. de Larabrie, on trouve toujours dans ces tumeurs les tissus les plus divers, si bien qu'on doit les classer parmi les *tumeurs mixtes.* Si la trame est formée de plusieurs tissus, la tumeur doit prendre le nom d'épithéliome à trame mixte ; si tel ou tel tissu prédomine, l'épithéliome sera dit épithéliome à trame fibreuse, sarcomateuse, chondromateuse, etc. Dans ces sortes de lésions, l'enkystement a été signalé et c'est là une condition favorable pour la probabilité d'une bénignité relative. Quant à l'épithélium lui-même, il peut être typique (forme cancroïde) ou atypique (cancer des cliniciens, carcinome des histologistes). — En général, ces tumeurs sont bénignes, mais elles peuvent récidiver et M. de Larabrie cite un cas de M. Heurtaux (de Nantes), dans lequel on constata un engorgement ganglionnaire considérable, après l'ablation d'une telle tumeur. Il faut donc songer à la possibilité d'une transformation de l'adenome ; ce qui montre qu'on doit intervenir de très bonne heure. Le travail de

(1) Cette question très intéressante mérite d'attirer toute l'attention des médecins. Nous insérerons avec plaisir les communications qu'on nous fera à ce propos. (*N. d. l. R.*).

(1) Le lecteur remarquera de suite que le kyste fut incisé ! (*N. d. l. R.*).

M. de Larabrie contient 16 observations, dont quelques-unes sont accompagnées de descriptions histologiques.

M. Verneuil fait remarquer qu'il n'a jamais observé de tumeurs de la voûte palatine ayant les caractères d'un épithélioma ulcéré. Un grand nombre de communications à la *Société anatomique* montre que les tumeurs observées dans cette région sont des adénomes, des épithéliomes glandulaires, des myxomes, des fibro-chondromes, etc. Il y a longtemps qu'il a insisté sur la pluralité des variétés histologiques des tumeurs, alors même que cliniquement elles semblent identiques ; quand les tumeurs deviennent malignes, c'est qu'il se produit une substitution de tissus. Rien d'étonnant que pour les néoplasmes du voile du palais il y ait parfois des récidives ; ces tumeurs étant enkystées très souvent, on les enlève par simple énucléation, sans faire une extirpation complète. On doit donc toujours cautériser le point d'implantation de la tumeur enlevée.

M. Quénu dit que la question de la substitution des tissus les uns par les autres est fort complexe. On peut interprèter le fait de la transformation histologique des tumeurs de deux façons : ou bien une tumeur adénoïde devient plus tard, lors de la récidive, sarcomateuse, parce que l'adénome est en somme une tumeur de nature conjonctive ; ou bien l'épithélium récidive seul, parce que les éléments qui l'engendrent après l'opération n'ont pas été enlevés lors de l'intervention. Pour M. Quénu, les choses ne se passent pas ainsi dans les glandes. Les tumeurs des glandes forment une catégorie à part : ce sont des tumeurs complexes, mixtes d'emblée, absolument polymorphes.

M. Desprès rappelle que le malade opéré par lui en 1874 pour un adénome (diagnostic clinique) du voile du palais est aujourd'hui parfaitement guéri, alors qu'au microscope on avait reconnu qu'il s'agissait d'un vrai sarcome. Voici donc un sarcome qui depuis 10 ans n'a pas récidivé. Pour lui, les tumeurs à évolution lente ont bien peu de chance de se transformer en sarcomes.

M. Monod reconnaît que sur ce point la clinique et l'histologie ne s'entendent pas aujourd'hui; mais il ne faut désespérer d'obtenir bientôt un accord complet.

M. Berger présente un enfant atteint de double *pied bot congénital* impossible à guérir par les divers appareils ; il a extirpé chez cet enfant, dont le pied bot était varus équin, l'astragale et la portion antérieure du calcanéum ; cette véritable tarsectomie cunéiforme a donné un résultat très satisfaisant des deux côtés ; l'enfant marche bien. Pour M. Berger, si le résultat est si parfait, cela tient à ce qu'il ne fait plus le drainage dans ces cas-là, mais des sutures profondes et perdues au catgut.

M. Lefort. — Le résultat obtenu par M. Berger est très remarquable ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; sans cela il s'avouerait convaincu.

M. Terrillon a fait la même opération que M. Berger ; il a opéré les deux pieds à 8 jours d'intervalle.

M. Humbert a fait de même chez un enfant de 10 ans; il a opéré les deux pieds dans la même séance.

M. Berger n'opère jamais les enfants avant d'avoir employé tous les appareils ordinairement recommandés.

M. Tillaux présente un malade qui, le 14 juillet 188, a reçu une balle de revolver dans la région parotidienne gauche. On ne trouva pas la moindre trace de la balle à cette époque. Depuis, il s'est développé un *anévrysme artério-veineux* sans tumeur et sans sac, entre la carotide et la veine jugulaire interne. Ce malade ne peut plus travailler ; que faut-il faire? La balle était grosse (12 millim.).

M. Lefort. — La ligature, dans de tels cas, est la cause d'accidents cérébraux très sérieux, alors que, chose extraordinaire, elle ne l'est pas dans les cas où l'on agit pour les tumeurs pulsatiles de l'orbite. C'est encore une mauvaise opération, car elle n'amène pas la guérison. M. Lefort conseille au malade de M. Tillaux de vivre avec son anévrysme qui lui chante dans le cou ; c'est un bruit auquel on s'habitue. La compression digitale donnerait aussi lieu à des troubles cérébraux ; mais c'est ce que l'on devrait essayer d'abord, si l'on avait la main forcée par les accidents.

M. Trélat. — Les cas de guérison des anévrysmes par la compression ne s'observent que pour des anévrysmes récents, jeunes (2 à 3 mois au plus) ; après ce temps, il n'y a plus de succès ; les observations le prouvent. La ligature est indiquée si les accidents empirent, et ils empireront certainement ; alors on devra lier les quatre vaisseaux afférents.

M. Berger. — L'intervention serait dangereuse, d'autant plus qu'ici on ne pourrait pas faire une ligature classique.

M. Lefort ne peut admettre la dernière proposition énoncée par M. Trélat.

M. Quénu. — Les accidents cérébraux sont moins à craindre après la ligature pour les anévrysmes artério-veineux que pour les anévrysmes ordinaires, théoriquement au moins. En effet, on ne fait que supprimer une pression artérielle déjà très diminuée par le fait de la communication artério-veineuse. M. Quénu cite ensuite un fait de ligature de la carotide primitive où le malade mourut au moment où on serra le fil (perte de connaissance, coma et mort).

M. Desprès conseille de s'abstenir de toute intervention, car le diagnostic n'est pas établi.

M. Tillaux conclut de cette discussion qu'il ne faut agir que sous la pression des accidents (1).

Elections. — Dans cette séance ont été nommés *Membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie* : MM. Roux (de Lausanne), Pereira Guimaraes (de Rio-de-Janeiro), et Woelfler (de Vienne) ; — *Membres correspondants nationaux* : MM. Duret (de Lille) 28 voix, Tachard (armée) 22 voix, Chavasse (armée) 21 voix, au premier tour de scrutin ; MM. Badal (Bordeaux) 23 voix, et Masse (Bordeaux) 22 voix, au deuxième tour. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 janvier 1890. — Présidence de M. Fernet.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur *le régime alimentaire qu'on doit faire subir aux malades ayant de l'insuffisance urinaire*. Nous devons empêcher la formation de toxines dans l'estomac et dans l'intestin, et réduire le nombre des toxines que peut y introduire l'alimentation. La première partie du problème se groupe autour de l'antisepsie intestinale, que l'on obtient par des produits antiseptiques dans le tube digestif (naphtol, salicylates) donnés par la voie stomacale ou par la voie intestinale (lavements). Pour le second chapitre il faut ordonner tout un régime. On a dit qu'il n'y avait pas de ptomaînes dans les viandes ; mais il est certain qu'à l'instant même où l'individu meurt, il se forme en lui des ptomaînes. D'autre part, la fermentation produit des ptomaînes. Il y a des aliments carnés qui ne sont consommés que très longtemps après la mort (gibier). En outre il y a un aliment, le poisson, qui produit très rapidement des toxines. La morue n'est, dans certains endroits, mangée que tardivement. Les fromages, surtout avancés, constituent aussi des amines toxiques en grande quantité.

Ces produits doivent être éloignés de l'alimentation des individus ayant de l'insuffisance rénale : (gelées, fromages avancés, poisson, moules). Les viandes doivent être très cuites, la cuisson étant un préservatif contre la putréfaction. On peut permettre le porc très cuit, salé, fumé, bien conservé. Le meilleur régime alimentaire est le régime végétarien. Comment doit-on le prescrire ? Voici la formule que je propose :

Le malade se nourrira presque exclusivement d'œufs, de féculents, de légumes verts, de fruits. — A : œufs très cuits (œufs brouillés, omelette, crèmes). — B : féculents en purée, pour supprimer l'enveloppe indigeste (haricots, pommes de terre, lentilles) — mélange artificiels (Revalescière, Racabraut, chocolat) ; bouillon au gruau de blé, de riz, de maïs, d'orge, d'avoine ; riz au lait, pâtes alimentaires, panades, fromentine

(1) Nous engageons vivement nos lecteurs à lire la thèse de notre ancien collègue, jadis interne de M. Trélat, M. le Dr Delbet : *Traitement des anévrysmes artério-veineux*, 1889. Nous sommes convaincu comme lui, à l'encontre de beaucoup d'auteurs, qu'on doit tenter pour un anévrysme artério-veineux du cou, comme celui-là, la quadruple ligature, et même extirper le sac, s'il y en avait un. Qui ne connaît les faits de résection simultanée de jugulaire interne et de carotide interne, au cours d'interventions variées sur le cou ? Il ne faut pas condamner d'avance une méthode qui n'a pas été essayée dans les conditions aseptiques voulues.

ou légumine. — C : légumes verts, très cuits (juliennes, navets, carottes, salades cuites, épinards, artichauts). — D : fruits cuits, en compote. — E : lait ou bière légère. Repousser les alcools. Viandes braisées, bœuf à la mode, bœuf braisé, poulet au riz, rôti de porc frais, jambon. D'autre part, faire fonctionner l'intestin, la peau, etc.

M. MARET. — Vous n'avez pas parlé du vin.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Je repousse tous les alcools. Si on ne peut faire prendre de lait, il faut prescrire du vin blanc avec beaucoup d'eau.

M. RAYMOND lit une note sur : *l'acide trichloracétique* pour la recherche *de l'albumine dans les urines*. Parfois on trouve des albumines coagulables par la chaleur, et redissoutes par l'acide acétique. J'emploie, au lieu de ce dernier, l'acide trichloracétique qui coagule l'albumine à froid et à chaud. On peut l'utiliser solide ou à l'état de solution.

M. YVON. — Je crois que M. Raymond se hâte trop de conclure que ce soit une nouvelle albumine qu'on trouve dans l'urine, et qui se dissout dans l'acide acétique. Etant donnée une urine, en changeant sa densité on peut arriver à faire coaguler ou non l'albumine. Quand il n'y a pas beaucoup d'albumine, si l'urine est acide, colorée, la coagulation se fait bien. Si, par contre, l'urine est peu dense, la coagulation ne se fait pas. Dans ce cas, il y a presque toujours de la globuline dans l'urine. Actuellement, toutes les fois que l'urine a une densité moindre que 1010, j'ajoute un sel acide pour la relever, et la coagulation se fait bien alors. On peut encore se servir de l'azotate d'urane qu'on emploie pour la recherche de l'acide phosphorique, lequel coagule très bien l'albumine.

M. RAYMOND. — Je ne cherche pas à faire une nouvelle catégorie d'albumine. Mais dans les cas que je mentionne, j'ai vu cette albumine coaguler par la chaleur, puis redissoudre par l'acide acétique. La rétractilité de l'albumine ne signifie rien, c'est dû à l'acidité du milieu. L'acide trichloracétique est très sensible.

M. YVON. — J'ai vu des urines contenant une grande quantité d'albumine en donner des quantités diverses après plusieurs essais. Je commence par chauffer l'urine à la partie supérieure du tube ; il se forme un bague d'où partent des filaments. Ces urines contiennent un mélange de sérine et de globuline. Dans ces cas, j'augmente la densité de l'urine, et je fais le dosage.

M. CATILLON. — Si la réaction ne se fait pas dans une capsule ou dans un tube en verre, c'est que dans le premier cas la température n'est pas suffisante. En ajoutant un sel, vous éloignez la température d'ébullition et la coagulation peut se faire.

M. RAYMOND lit une note sur la *précipitation de l'albumine par des corps dits indifférents*. La filtration de l'urine dans un filtre de porcelaine à l'aide de la trompe est la meilleure des filtrations, mais l'opération est longue. J'ai essayé d'employer le tube lavé à l'HCl, mélangé à l'urine, puis de filtrer. J'ai obtenu des urines très limpides, mais dans lesquelles je ne trouvais plus d'albumine. J'ai observé le même phénomène avec le charbon animal, le sous-nitrate de bismuth, etc. Ces différents corps, sauf le dernier, ne coagulent que la globuline.

M. YVON. — L'albumine semblerait ne pas être en solution dans l'eau, mais dissoute. Il en serait comme pour la mucine.

Elections. — On procède à l'élection de membres titulaires et de membres correspondants : Sont élus : A. membres titulaires : 1° médecins : MM. Josias, Danion, Bovet. 2° pharmaciens : MM. Champigny et Berlioz. B. membres correspondants : MM. Ragot, Arntzenius et Alvaro Alberto. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 9 *Janvier* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Les *Conférences* qui devaient commencer le 15 janvier et se continuer le mercredi de chaque semaine, cet hiver, sont remises par suite de l'épidémie régnante. Leur ordre du jour est arrêté ainsi qu'il suit :

1° M. Dujardin-Beaumetz : Régime végétarien ; — 2° M. Motais : Poisons modernes ; — 3° M. P. Reynier : Asepsie ; — 4° M. S. Yves-Ménard : Acclimatation ; 5° M. Laborde : Absinthisme et alcoolisme ; — 6° M. Gariel : Eclairage électrique ; 7° M. Cadet de Gassicourt : Education physique ; — 8° M. Blanchard : Méthode graphique ; — 9° M. L. Petit : Etude sociale de la tuberculose ; — 10° M. Bouloumié : Malades et blessés dans nos armées en temps de guerre.

De l'influence de l'Epidémie régnante sur la Tuberculose.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que Grad a jadis considéré l'Influenza comme une maladie grave, plus grave que le choléra. Il craint que cet auteur n'ait raison, en voyant de tous côtés l'épidémie régnante augmenter la léthalité dans les proportions du double, du triple et même parfois du quadruple de la normale. Chose curieuse et qu'il ne s'explique pas encore, il meurt relativement plus du double d'hommes que de femmes. Serait-ce qu'il y aurait plus de phtisiques hommes que de phtisiques femmes ? Il n'en sait rien, mais cette opinion pourrait s'appuyer sur les faits signalés par les auteurs et aussi constatés en ce moment, que pour les tuberculeux la grippe a presque toujours une terminaison fatale, et que la mortalité est considérablement augmentée chez les phtisiques pendant l'épidémie régnante. — Pour M. Dujardin-Beaumetz, une autre question se pose encore : savoir ce que deviendront les grippés actuels au point de vue de la tuberculose ? Clarke, en parlant de l'épidémie de 1832, dit qu'elle fut pour beaucoup le point de départ de la tuberculose. Fourne fait la même remarque pour l'épidémie de 1837. Brochin écrit qu'on a souvent vu la phtisie se développer sous l'influence de la grippe. Les auteurs modernes, Hérard entre autres, partagent cette opinion. Ces idées sont d'ailleurs parfaitement acceptables, vu ce que nous savons à l'heure actuelle de la contagiosité tuberculeuse, vu aussi les congestions fréquentes rencontrées dans cette maladie, vu enfin l'affaiblissement général occasionné par la grippe. L'avenir dira si ces prévisions sont justifiées.

M. CADET DE GASSICOURT rappelle que Bertillon a signalé l'Influenza comme beaucoup plus rare et moins grave chez les enfants que chez les adultes. Sera-t-elle alors pour eux aussi le point de départ de la tuberculose ? On sait quel nombre considérable d'enfants jeunes, très jeunes même, meurt de cette affection ; il serait donc intéressant de faire à partir d'aujourd'hui pour tous ces cas de mort la quote-part de l'hérédité et de l'influence grippale.

Cas de laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. RICHELOT pense, d'accord avec plusieurs auteurs anciens, que chez l'adulte il y a, dans la majeure partie des cas, avantage à substituer cette opération à la trachéotomie. Elle serait évidemment compliquée si on voulait la pratiquer exactement comme les auteurs primitifs la décrivent. Mais, en fait, la membrane intercrico-thyroïdienne n'étant recouverte que par la peau, la région n'offrant aucun gros vaisseau, et les ramuscules vasculaires y rencontrés étant exsangues (ce qui enlève toute crainte d'hémorrhagie), l'opération est des plus simples. Une fois l'espace intercrico-thyroïdien reconnu avec l'extrémité de l'index de la main gauche, il n'y a qu'à appuyer le bistouri, sans disséquer les parties, puis à passer une canule de 9 à 10 millimètres, très suffisante pour aérer le malade et parfaitement reçue par l'espace intercrico-thyroïdien. — M. Richelot a opéré heureusement dix malades par cette méthode, qui a l'avantage d'être très rapide et inoffensive. Un dernier opéré a succombé ultérieurement, mais par suite, soit du pus accumulé dans les bronches, soit de la généralisation d'une angine infectieuse. Il s'agissait en effet d'une angine grave ayant amené un énorme gonflement de l'amygdale, par suite d'un abcès qui s'était partiellement vidé dans les voies respiratoires. La trachéotomie n'était plus possible au moment où M. Richelot a été appelé.

M. P. REYNIER partage l'avis de M. Richelot au sujet de la facilité extrême et de l'innocuité de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Il fait toutefois certaines réserves au sujet de l'âge des opérés, ne pensant pas qu'elle soit applicable chez les enfants où l'espace intercrico-thyroïdien est insuffisant, et où pour les cordes vocales le voisinage immédiat de la canule serait fâcheux. Quant au dernier opéré de M. Richelot, il opine pour l'angine infectieuse et l'œdème comme causes de la mort, au lieu de l'asphyxie mécanique par le pus déversé par l'abcès dans les bronches.

M. Richelot est d'avis, malgré les auteurs qui fixent de 12 à 15 ans l'âge minimum de sélection de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, qu'il y a là seulement une question de circonstances. La cause occasionnelle de la mort de son dernier opéré ne peut pour lui qu'être entourée de réserves, vu l'absence de pièces justificatives; il opina cependant aussi en faveur de l'œdème par angine infectieuse.

Rapport de la Grippe avec les maladies infectieuses.

M. Jasiewicz, après avoir rapporté l'opinion des auteurs sur les relations entre la grippe et les affections d'origine septique, esquisse d'après ses observations personnelles le tableau de l'épidémie actuelle et tâche d'en montrer les rapports avec les maladies infectieuses. De l'étude des symptômes, des caractères, de la marche et de l'étiologie de la maladie, de l'examen de son origine probable, de ses analogies et de ses rapports avec les maladies zymotiques, l'auteur conclut à la nature infectieuse de la grippe, forme atténuée des affections septiques, qui tire sa gravité de la prédisposition individuelle et des influences multiples (climat, saison, lieux, autres maladies infectieuses régnantes, etc.) qui modifient son processus. M. Jasiewicz recommande les mesures prophylactiques les plus sévères, entre autre l'isolement. Au point de vue du traitement, l'antipyrine a agi parfaitement contre l'élément douleur; le sulfate de quinine a été souverain contre l'élément fièvre. Les troubles gastro-intestinaux et respiratoires réclament une médication spéciale. L'auteur est contraire à toute médication débilitante; sauf dans des cas rares, les toniques lui paraissent absolument indiqués.

Les Secrétaires annuels, Ch. Bovet et E. Gautrelet.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. — Traité complet d'Ophtalmologie; par de Wecker et Landolt. (Tome IV., 3e fascicule, 450 pages, par de Wecker, avec 41 figures dans le texte).— Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris.

II. — De l'examen de la vision dans la marine, l'armée et les chemins de fer; par Barthelemy, Directeur du service de santé de Brest. — Paris, J.-B. Baillière. 336 pages et 17 figures dans le texte.

I. — C'est le dernier fascicule, qui termine le grand ouvrage d'Ophtalmologie en 4 gros volumes de 9 à 1.100 pages. Assurément, en France, aucun autre traité de maladies oculaires ne peut lui être comparé. On peut dire même qu'il est plus habilement rédigé que l'Encyclopédie allemande de Sœmisch et von Grœfe, dont il est l'émanation la plus directe. Les auteurs ont su éliminer ce qui était superflu aux lecteurs français, et rajeunir ce que déjà les mémoires de l'Encyclopédie avaient de vieilli. D'une part, en effet, en France, les médecins oculistes laissent en général de côté la mathématique, et, d'autre part, dans cette Encyclopédie, même les derniers chapitres, ceux qui se rattachent aux questions de ce volume, l'*orbite*, *les voies lacrymales*, écrits par Berlin et Sattler, avaient perdu leur cachet de rédaction courante et à jour.

C'est par l'orbite que débute ce volume; M. de Wecker n'a pas manqué d'emprunter à Otto, Lange et Merckel les figures d'anatomie relatives à la topographie de cette cavité; figures originales et schématiques (celles d'Otto surtout), mais très claires, et donnant une idée exacte des rapports des muscles dans l'orbite, sur tout leur trajet. Dans cette anatomie, M. de Wecker nous a ménagé une surprise. Pas un mot des belles recherches de Motais (d'Angers) sur la capsule de Tenon! Il nous semble qu'elles méritaient au moins discussion, parce que certains faits publiés par M. de Wecker prêtent aux idées de Motais un appui tout particulier; nous voulons parler des épanchements dans la capsule de Tenon.

L'auteur traite ensuite des fractures de l'orbite, sujet magistralement abordé par Berlin, en 1880. Les kystes dermoïdes, où nous aurions désiré trouver plus d'embryologie, les angiomes, les tumeurs osseuses précèdent les anévrysmes artérioso-veineux, autrefois étudiés par Nélaton. Sattler, dans sa monographie du Sœmisch et von Grœfe, en réunit 106 cas. De belles figures illustrent ce chapitre intéressant.

M. de Wecker a écrit aussi une longue monographie sur le goitre exophtalmique; mais déjà nous constaterons qu'en 1880, les conclusions de Sattler sur l'origine de la maladie de Basedow, dans son travail de l'Encyclopédie, ne s'éloignaient pas beaucoup des notions les plus récentes de l'anatomie pathologique. C'est toujours le grand sympathique qui est en cause, et avec lui l'origine d'autres paires nerveuses, surtout chez les hystériques. Sattler et Berlin avaient en somme écrit un volume de 500 pages sur l'orbite et le goitre exophtalmique, et la besogne était singulièrement préparée au rédacteur de 1889.

La dernière partie de ce fascicule traite des maladies des voies lacrymales. Ce chapitre est absolument neuf par son développement, par ses idées, par son anatomie topographique du canal et par les dessins que Hœnsell, des Quinze-Vingts, a donnés sur la glande lacrymale. De Wecker n'est pas pour les méthodes de force dans le traitement de l'épiphora. Il repousse les sondes de Weber et préfère celles de Bowmann. Pour tarir ces larmoiements que le débridement le mieux fait du ligament interne n'a pu tarir, l'auteur propose, en 1889, l'extirpation de la petite glande lacrymale palpébrale. Nous disons en 1889, car elles sont nombreuses les tentatives opératoires de M. de Wecker qu'il abandonne ensuite. Physiologiquement, l'extirpation d'une partie minime de la glande, et, ce qui est plus grave, l'oblitération des conduits excréteurs, peuvent bien arrêter momentanément l'excrétion, mais non la sécrétion; et quelle sera la suite de cette opération sur la glande elle-même: atrophie ou kyste? C'est ce que l'auteur n'apprend pas encore.

Quoi qu'il en soit, voilà terminée une entreprise assez dure, arrêtée un instant au début, mais qui a marché vite sur la fin; elle donne un excellent résultat, parce que nous possédons maintenant en français un exposé complet de l'ophtalmologie. C'est le suc des Archives de von Grœfe; l'interprétation rajeunie, modifiée, embellie, ajustée à la mode des éditeurs parisiens, du grand ouvrage trop mathématique, beaucoup trop développé en certains points, et déjà vieux de Sœmisch et von Grœfe. Sous cette forme, son succès est certain; car, d'analogue en France, il n'en existe pas. Ajoutons à ces qualités, celle encore d'une bibliographie complète allant jusqu'en 1887, c'est-à-dire jusqu'à la limite exactement donnée par Naguel dans son Jahresbericht d'Ophtalmologie.

Et, maintenant, cet ouvrage est-il le *nec plus ultra* de l'Ophtalmologie en France? Nous ne le pensons pas. Cet exemple au contraire devrait, suivant nous, démontrer la nécessité d'une *Encyclopédie française* des sciences ophtalmologiques: travail réparti entre de nombreux rédacteurs, largement conçu, rapidement exécuté, mais dans lequel on aurait soin de ne pas laisser systématiquement dans l'oubli les productions françaises, anciennes ou modernes. Depuis Maitrejean, Méry et Daviel, jusqu'à Desmarre, Stœber, Guépin, Notta, Giraud-Teulon, pour ne parler que des morts, notre terrain scientifique est assez riche pour pouvoir fournir à la rédaction d'un compendium français. Cependant, il faut l'avouer, ce mode de collaboration n'est pas usité chez nous; ailleurs, il produit au contraire des travaux de premier ordre qui rehaussent et le pays où ils sont écrits, et les auteurs qui les rédigent.

II. — C'est le troisième volume de la Bibliothèque scientifique contemporaine, relatif à la vision, que nous présentons en peu de temps à nos lecteurs. Quel signe prouverait d'une manière plus éloquente la faveur qui accueille ces ouvrages? Médecins, étudiants, hommes du monde, désirent connaître aujourd'hui l'organe de la vue. Ces études, autrefois jugées trop difficiles, sont acceptées et recherchées maintenant.

Ce livre est encore plus spécialisé, car il répond pour ainsi dire à cette seule question: Un homme est-il bon pour le service de l'armée de terre, de mer ou les chemins de fer? M. Barthélemy n'est pas un mathématicien, mais

un clinicien ; aussi le cadre de son livre comporte-t-il l'étude des amblyopies, dans leurs rapports avec les conseils de revision et de réforme. Il étudie l'acuité visuelle, les amétropies, le daltonisme. Un tiers du livre contient des notes explicatives où sont exposées les difficultés du problème ; la rédaction courante ne comportant que les parties simples et faciles à suivre.

L'auteur a fait ressortir les différences notables et bien nécessaires qui existent entre le règlement de l'armée et celui de la marine. Pour l'armée de terre, l'acuité ne doit pas être au-dessous de 1/4 pour l'œil droit et 1/12 pour l'œil gauche.

Dans la marine, autrefois on exigeait $\frac{1}{2}$ pour les deux yeux ; depuis 1881, on est arrivé à ne demander que $\frac{2}{5}$, c'est $\frac{1}{10}$ de différence, et $\frac{3}{30}$ de plus que pour les soldats de l'armée de terre.

Ce qui étonne dans ce livre, c'est la nature des épreuves demandées aux candidats de l'Ecole navale. L'instruction relative à ce sujet renferme la disposition suivante : lire le nº 15 de l'échelle de Snellen, à 2 mètres, dans la proportion de 18 lettres sur 24, à l'éclairage d'une bougie placée à 60 cent., ce qui donne en effet une acuité égale à $\frac{6}{15} = \frac{2}{5}$. — Et l'instruction décrit l'optomètre employé. — Or, c'est un petit chef-d'œuvre de confusion que ce tableau, et jamais Snellen n'a combiné de lettres semblables. Peut-être l'imprimerie de l'éditeur a-t-elle défiguré les caractères ; mais certaines lignes de ce tableau sont un véritable piège par la déformation des lettres, le rapprochement de caractères analogues et l'exagération des jambages. Quant aux chiffres, pour en diminuer l'éclat, un trait noir médian est inséré dans le blanc !

Alors, nous déclarons que cette épreuve n'est plus la lecture du 15 de Snellen, mais bien celle d'une échelle particulière nécessitant une acuité au-dessus de $\frac{2}{5}$.

Pourquoi cette bougie plus ou moins bien fabriquée qui nécessite un cabinet noir ? — Pourquoi ce cabinet noir, qui produit un éblouissement, une mise en jeu subite de l'accommodation chez des candidats dont la vue est momentanément fatiguée par la préparation des examens.

Ce ne sont pas les conditions de la vue ordinaire, et l'éclairage au grand jour n'est pas si difficile à réaliser.

Nous avons entendu souvent parler des difficultés de l'épreuve de la vision pour les jeunes gens de l'Ecole navale. C'est avec raison, car l'épreuve ainsi décrite est organisée pour augmenter les difficultés. Nous pensons que tel candidat, qui lirait en plein jour le 15 de Snellen, pourrait fort bien échouer à l'épreuve officielle, comme elle est instituée.

Nous ne comprenons pas non plus cette proportion donnée de 18 lettres sur 24.

C'est avouer que 6 des caractères ne peuvent être lus même par de bons yeux.

Dites donc que l'acuité doit être de $\frac{10}{10}$ pour entrer à l'Ecole navale. Mais si vous acceptez la mesure de $\frac{2}{5}$, faites des épreuves qui correspondent exactement à ce chiffre. Or, la pratique instituée pour l'Ecole navale exige sûrement une vision plus élevée que le texte de la circulaire. Il est évident que, par cette manière de faire, on a désiré regagner dans l'épreuve ce qu'on perdait dans le texte.

Nous croyons qu'avec raison la marine devrait exiger $S = 1$; mais il faut le dire, et ne pas formuler $\frac{2}{5}$ quand l'épreuve exige $\frac{5}{5}$ à peu près, grâce à son dispositif. Pour les pointeurs, les pilotes et les guetteurs, on a raison de demander $S = \frac{11}{10}$ et même $\frac{12 \text{ et } 13}{10}$, avec intégrité du sens chromatique.

Au courant des descriptions qui font connaître et mesurer l'amétropie, M. Barthelémy, renchérissant encore sur les règlements qui prescrivent de chercher seulement la nature de l'amétropie, sans en mesurer le degré, écrit que la méthode subjective fournit, d'une manière plus sûre : nature et degré de l'amétropie. A notre avis, le médecin expert doit connaître toutes les méthodes qui constituent son art. Le chirurgien d'armée ne doit-il pas savoir toutes les méthodes d'amputation et pouvoir les appliquer sur-le-champ à tous les cas qui se présentent à lui. De même le médecin du conseil de revision doit savoir déjouer les simulateurs, les exagérateurs surtout. Or, les méthodes par le miroir, par la kératoscopie, par la réfraction, donnent des résultats si précis, quand on sait les manier, que leur connaissance s'impose à l'expert. Nous demanderons, en effet, comment il est possible à l'optomètre de mesurer, de constater l'H des adultes, sans atropine. Que de fois nous avons échoué avec cet instrument au conseil de revision ! Que de fois l'interrogé *H* fait arrêter la roue sur la myopie légère !

Nous demanderons comment il serait possible de mesurer aussi à l'optomètre une myopie sur un œil atteint d'une tache kératique. A l'ophtalmoscope, au contraire, toutes les difficultés disparaissent et la mesure de ces amotropies, si incertaine autrement, est l'affaire d'un instant en connaissant la distance des 2 observateurs, si l'observateur sait d'avance son punctum remotum ou proximum ; car les deux peuvent servir à l'examinant myope.

C'est là, du reste, une vieille querelle que chacun résout à sa guise, en employant la méthode qui lui est la plus familière. Mais, à coup sûr, la méthode de Schmidt Rimpler, développée dans l'atlas de Læger, il y a 15 ans, est bien la plus élégante, la plus simple et la plus sûre quand on sait s'en servir. La méthode subjective oblige d'ajouter foi aux réponses de l'intéressé, n'entraîne pas la conviction : elle expose, chez les conscrits, à de nombreuses erreurs.

L'auteur a fait aussi une longue étude du daltonisme et des méthodes qui le font reconnaître. Nous avons éprouvé un sincère regret de ne pas y rencontrer une description complète et raisonnée de l'instrument de Chibret, lequel nous semble appelé à un succès certain dans cette sorte de recherches. Nous avons vu ce petit tube, manié par l'auteur lui-même, déceler en quelques minutes et mesurer le daltonisme ignoré chez 2 ou 3 de nos confrères présents à la séance.

M. Barthélemy insiste longuement, dans son traité, sur la nécessité d'une vue parfaite dans la marine, où le port de lunettes n'est pas possible, où la diminution de l'acuité peut entraîner des désastres. Il prouve par des exemples l'impossibilité d'éviter la rencontre de deux frégates marchant seulement à 8 nœuds. Elles ne sont visibles qu'à 3,600 mètres, et se rencontreront à peine sept minutes après l'aperçu. Pour d'autres types plus petits encore, le temps se réduit à quatre minutes.— Qu'adviendrait-il avec un guetteur qui n'aurait que la moitié de la vision : le temps serait encore diminué. L'acuité normale nous semble donc tout à fait nécessaire dans la marine.

Des planches chromatiques, un peu trop légèrement brossées, terminent ce volume.

Nous sommes persuadé qu'il fera partie de la cantine de livres de tous les chirurgiens de marine, s'il n'est pas déjà rendu officiel dans les Écoles et les Hôpitaux. Il est rédigé par un maître expérimenté qui possède à fond la théorie et l'usage de ces examens. La forme même, sous laquelle il plaide la cause des officiers myopes, prouve qu'il a dû refuser pour insuffisance de la vue plus d'un candidat dont la capacité scientifique ne faisait aucun doute ; et M. Barthélemy fait justement remarquer qu'à rechercher la valeur physique on diminue souvent la valeur scientifique. Or, la guerre moderne s'appuie sur les découvertes dans les sciences bien plus que sur la force physique.

Ce traité, et ce que nous en avons dit le démontre largement, est un guide sûr, parfait, dans les épreuves passées pour la vue devant les conseils officiels.

Il sera utile aux médecins comme aux candidats.

Grâce aux soins mis dans sa rédaction et la Bibliographie, tous les détails de ces questions pourront être repris par le médecin désireux de s'instruire et de pousser plus loin ces études. F. PONCET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 13 janvier 1890, à 4 heures très précises, au Palais de justice, dans la salle des référés. *Ordre du jour* : Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ; — Installation du bureau ; — Rapports de commissions ; — Communications diverses.

THÉRAPEUTIQUE

Comment il faut administrer le bromure de potassium.

Par M. le Dr W. Petit.

Il n'est pas sans utilité de rappeler, aux jeunes praticiens, comment nos maîtres administraient le bromure de potassium. A ce mode d'administration ont, en effet, répondu les succès qu'ils ont obtenus dans le traitement des névroses et, particulièrement, de l'épilepsie. Nous avons vu à l'œuvre MM. Voisin et Legrand du Saulle. Ces maîtres ont introduit le bromure de potassium dans la thérapeutique française. Ils l'ont étudié avec soin; ils en ont montré les avantages; ils n'en ont pas dissimulé les inconvénients; mais, de leur enseignement résultait qu'on pouvait éviter ces inconvénients. Il nous a été si souvent donné de voir des malades que des confrères, très instruits cependant, avaient conduits au bromisme, qu'il nous semble bon de rappeler les règles qui doivent présider à l'administration du bromure.

Et, avant toutes choses, n'oublions pas qu'il ne faut jamais arriver, par une progression trop rapide, à fatiguer le malade et à déterminer chez lui des troubles gastriques, de l'hébétude et de l'adynamie.

Il faut débuter par *un* gramme *cinquante* centigrammes ou par *deux* grammes. On ne doit jamais, d'emblée, dépasser cette dose. Tous les quinze jours ou tous les mois, suivant la susceptibilité du malade, on augmente de *cinquante* centigrammes ou de *un* gramme. On peut arriver ainsi, chez les hommes, à une moyenne de *six* à *neuf* grammes. Mais il faut bien savoir que cette dose ne doit être atteinte qu'en trois ou six mois, c'est la dose *maximum* habituelle. Legrand du Saulle a cité un de ses malades qui avait pris jusqu'à *quatorze* grammes *cinquante* centigrammes de bromure, mais au bout de vingt-six mois de traitement. Ce malade tombait jadis plusieurs fois par jour, et, sous cette énorme quantité de bromure, il ne tombait plus. C'est là un cas intéressant, cependant il ne doit pas servir d'exemple.

La dose de *quatre* ou *cinq* grammes n'est pour les hommes que la dose d'entraînement; elle ne suffit pas à enrayer les accidents; mais une dose de *trois* à *quatre* grammes et *demi* est celle qui convient aux femmes et aux jeunes filles.

Est-il besoin d'ajouter que le médecin seul peut, sans danger, manier le bromure de potassium? A lui de surveiller les effets produits, d'augmenter ou de diminuer les doses suivant chaque individu. Mais, lui seul peut utilement faire comprendre au malade que ce traitement est un traitement qui exige de la persévérance. Avec son langage imagé, Legrand du Saulle appelait le bromure de potassium le « pain quotidien de l'épileptique ». Il est, en effet, de la plus haute importance d'être bien pénétré de cette idée, que le traitement de l'épilepsie est un traitement long, très long; on ne gagne rien à vouloir aller vite; il faut aller lentement pour aller sûrement.

Les accidents signalés sont dus soit à cette précipitation dans l'administration du médicament, soit à l'impureté du produit. C'est pour cela que les praticiens éclairés ont toujours recours à un produit dont on connaît la parfaite préparation. Il n'en est pas, selon nous, de préférable au sirop de Henry Mure. Le parfait dosage du bromure, 2 grammes par cuillerée, sa pureté absolue et son association avec le sirop d'écorces d'oranges amères en font un excellent médicament. Depuis vingt-cinq ans, au moins, sa supériorité est établie et nous ne le nommons que parce que c'est lui que nous employons avec le plus grand succès.

En respectant la dose *maximum* que nous rappelons, on n'a pas à craindre d'altérer la santé du malade; loin de déterminer l'amaigrissement, le bromure favorise l'embonpoint. Mais il ne faut pas être surpris que, même avec le sel le plus pur, dès que l'on approche de la dose de *quatre* grammes par jour, la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue et de l'épiglotte est considérablement diminuée ou abolie, et que le sens génital s'amortit sensiblement.

En résumé, sage lenteur; administration persévérante qui se chiffre par des années et non par des mois; doses modérées et méthodiquement graduées, pureté absolue du bromure et préparation parfaite du médicament: telles sont les conditions du succès. Tout traitement de l'épilepsie repose aujourd'hui sur l'emploi du bromure seul ou mélangé à d'autres; c'est affaire de préparation pharmaceutique.

Nous avons voulu nous rendre compte de ces mélanges divers, nous n'avons rien obtenu de plus avantageux, et c'est pour cela que nous nous en tenons à la préparation à laquelle nous devons tant de succès.

(Gazette des Hôpitaux).

BIBLIOGRAPHIE

De l'Athétose double. Casuistique et réflexions; par Roberto Massalongo. (*Collezione italiana di Letture sulla Medicina*, Série V, n° 3), — Vallardi.

D'après les recherches auxquelles s'est livré l'auteur, il n'aurait été publié qu'un nombre restreint d'observations de ce genre: 10 en France, 4 en Angleterre, 8 en Allemagne, 9 en Amérique. Lui-même a eu l'occasion d'observer 4 de ces malades, ces observations sont les premières publiées en Italie.

M. Massalongo, après avoir donné le résumé des cas observés par les médecins qui l'ont précédé dans l'étude de cette affection, rapporte en détail les faits observés par lui; notons ce point important que trois de ses malades sont frères et sœurs. Par l'examen de tous ces faits, l'auteur arrive à dresser le tableau suivant des caractères distinctifs entre l'*athétose unilatérale* ou *hémiathétose* et l'*athétose double*:

Hemiathétose.	Athétose double.
1. Ne frappe qu'une moitié du corps.	1. Frappe les deux moitiés du corps.
2. Le côté affecté est, dans la presque totalité des cas, plus ou moins hémiplégique.	2. L'athétose double s'observe surtout chez les idiots et les imbéciles.
3. L'hémiplégie précède l'athétose.	3. Elle est primitive, congénitale, ou remonte aux premières années de la vie.
4. Il existe communément une anesthésie plus ou moins manifeste du côté affecté.	4. Elle n'est pas précédée de paralysie motrice, les différents modes de la sensibilité sont ordinairement conservés.
5. Les mouvements sont plus violents et plus persistants dans l'état de repos, et les muscles de la face ne sont que rarement compromis.	5. Les mouvements sont moins violents et moins apparents quand le malade est à l'état de repos; les muscles de la face sont fréquemment compromis et même ceux de la langue.
6. A l'autopsie on a toujours trouvé des lésions intra-cérébrales profondes.	6. Dans les deux seuls cas dans lesquels l'autopsie fut faite on observa des lésions de la dure-mère et des circonvolutions.
7. L'hémiathétose n'est pas une affection indépendante, primitive, mais secondaire de lésions cérébrales bien connues (moitié postérieure de la capsule interne, couronne rayonnante, etc. ...) comme l'hémichorée.	7. L'athétose double est une affection particulière, indépendante, primitive.
8. L'hémiathétose trouve son analogue dans l'hémichorée symptomatique.	8. L'athétose double trouve son analogue dans la chorée vulgaire.

M. Massalongo fait encore le diagnostic avec la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, la maladie de Friedreich, la chorée vulgaire. Il termine son intéressant travail par quelques considérations sur l'anatomie pathologique de cette singulière affection.

Pierre Marie.

Traité d'anatomie pathologique; par E. Lancereaux (Tome III, seconde partie). — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1889.

Cette dernière partie du 3me volume du traité d'anatomie pathologique a été consacrée, par M. Lancereaux, à l'étude des lésions de l'encéphale, des glandes vasculaires *dites* sanguines et des appareils de sensations spéciales. Le plan de l'étude de l'anatomie pathologique de chaque appareil est toujours le même, il est le suivant : étude des anomalies de formation et de développement, de nutrition (atrophies, phlegmasies et néoplasies), de circulation, anomalies accidentelles (parasitisme et traumatisme). L'étude des affections cérébrales forme un long traité fort complet au point de vue de la nomenclature des différentes lésions dont l'encéphale peut être le siège. Elle est précédée de quelques pages sur l'anatomie normale du cerveau et sur les localisations de cet organe. A propos de l'idiotie, l'auteur a fort bien mentionné la pluralité des causes et des lésions inhérentes à ce trouble mental ; mais il nous semble qu'il aurait pu ranger, dans ce chapitre de son livre, la microcéphalie, la sclérose cérébrale, la péri et la parencéphalie. Notre rédacteur en chef, M. Bourneville, a, en maintes occasions, dans les Annales de Bicêtre, signalé cette dernière lésion de l'encéphale chez les idiots, avec cette sorte d'état fœtal du cerveau et le soulèvement de la couche superficielle des circonvolutions lorsqu'on enlève la pie-mère. Il est vrai qu'en réunissant tous ces chapitres des lésions capables d'engendrer l'idiotie, l'ordre général du livre eût été interverti, mais M. Lancereaux aurait bien fait d'y renvoyer le lecteur. A côté du crétinisme à goitre, il eût été bon de ranger la cachexie pachydermique avec absence congénitale du corps thyroïde. L'influence de l'hérédité, et en particulier de l'alcoolisme paternel sur le développement de l'idiotie, est bien montrée par la statistique empruntée à M. H. Martin ; les Annales de Bicêtre, que nous signalions à l'instant, et le livre de notre collègue et collaborateur Sollier (1889), sur l'alcoolisme, sont remplis de faits fort nombreux et probants. Au point de vue des lésions encéphaliques, les chapitres traitant du ramollissement et des tumeurs sont fort intéressants, remplis de faits et ornés de nombreuses figures très instructives.

Les lésions des glandes vasculaires sanguines sont traitées plus rapidement ; il est encore fâcheux que l'ordre de l'ouvrage éloigne l'une de l'autre les différentes formes de goitre, qui ne sont, en somme, que des stades plus ou moins anciens d'une même maladie. L'anatomie pathologique des organes des sens est traitée longuement, en particulier celle des maladies des oreilles. A. R.

Leçons de Clinique infantile; par M. le Dr A. Ollivier, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Steinheil, éditeur. Paris, 1889.

Après avoir étudié, dans une première leçon, les particularités de la clinique infantile, M. le Dr Ollivier passe successivement en revue les principales affections de l'enfance. Sans négliger le côté pratique et connu de ces affections, il s'attache surtout à mettre en relief certaines notions moins répandues, mais non moins utiles. Pour la coqueluche, par exemple, ce sont, à côté des leçons sur les complications broncho-pulmonaires et le traitement, les leçons sur l'origine et la nature, sur les complications cérébrales. De même, pour la chorée, on trouve étudiés non seulement le traitement et les complications cardiaques, mais les paralysies, les troubles psychiques, les rapports avec l'hystérie, la chorée héréditaire. L'ouvrage entier est ainsi un très heureux mélange de leçons de pratique pure (traitement des kystes hydatiques, de l'incontinence nocturne d'urine, de l'angine glanduleuse, de la fièvre typhoïde, de la scrofulose naso-labiale), et de leçons d'une grande portée théorique (urticaires nerveuses, céphalalgies de croissance, valeur séméiotique du grincement de dents, thrombose de la veine cave inférieure dans l'entérite tuberculeuse, albuminurie, syphilis héréditaire tardive, diagnostic des tumeurs cérébrales). Il offre donc, à ce double point de vue, un très haut intérêt. Dr A.-F. Plicque.

Association des étudiants de Paris. — *Bal*. — On a annoncé à tort que le bal de l'Association des Etudiants, dont Mme Carnot a bien voulu accepter le patronage, était reporté à la fin du mois de février. La date de ce bal est en effet reculée, mais elle est seulement reportée au jeudi 13 février.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — Les instruments de précision (*suite*) (1).

I. — Électricité médicale (*fin*) : *Maisons diverses*.

Si le médecin qui s'intéresse aux progrès si rapides de l'Électricité avait parcouru avec soin la partie de la Galerie des Machines réservée à cette étonnante industrie, il aurait trouvé très probablement encore de-ci de-là quelques appareils qui auraient l'intéressé certainement.

Quant à nous, en outre des belles vitrines de MM. Trouvé, Gaiffe, Chardin, nous devons nous borner à citer M. *L. Bonetti*, qui expose une *Machine électro-statique*. Cet instrument de physique, qui aujourd'hui est appliqué à la médecine, est un des derniers modèles construits (genre Wimshurst). Elle fonctionnait très bien à l'Exposition et donnait de forts jolies étincelles, même avec un temps humide. Un petit moteur à gaz ou autre peut actionner cette machine, ce qui est commode, dans les hôpitaux par exemple. — Au point de vue de l'électricité médicale, on cite parfois la *Maison Bréguet*. Sa renommée a été très exagérée dans cette spécialité, dont elle ne s'occupe pas ; en réalité c'est en Electro-physiologie qu'elle a vraiment encore une certaine notoriété. Nous en reparlerons donc au chapitre suivant. Rappelons toutefois qu'on trouvait dans son exposition une importante *Machine électro-statique* (genre Wimshurst). On y voyait aussi quelques appareils intéressants au Palais des Machines ; nous n'y insistons pas, car ceux qui nous intéresseraient sont tous connus depuis longtemps. — Un mot en terminant pour la *Maison Ferdinand Carré*, qui fabrique aussi des machines électro-statiques.

II. — Instruments de physiologie.

On peut dire sans exagération qu'il n'y avait qu'une vitrine au Champ-de-Mars où il y avait réellement une exposition de véritables Instruments de physiologie. Elle se trouvait dans la Classe XV, c'est-à-dire dans le Palais des Arts Libéraux, au milieu des autres instruments de précision. C'était celle de *M. Verdin* (2).

S'il est vrai qu'à la Galerie des Machines on trouvait la microscopique vitrine de la *Maison Bréguet*, jadis si célèbre ; s'il est vrai que dans différentes classes (3), à l'Enseignement supérieur en particulier, il y avait de-ci de-là des instruments de physiologie, nous n'en étudierons cependant d'une façon détaillée que l'élégante vitrine de M. Verdin. C'est la seule qui fut, en effet, vraiment bien fournie de véritables instruments de construction récente.

Mais avant d'entrer dans des descriptions détaillées, qu'on nous permette de formuler, ici, comme pour les instruments de chirurgie, quelques critiques méritées.

Pourquoi avoir placé les Instruments de physiologie de la maison Bréguet dans la Galerie des Machines? Comment voulait-on, en procédant ainsi, que le visiteur pût les comparer sérieusement avec ceux de M. Verdin? A la rigueur, nous comprenons qu'on ait tenu à avoir, au centre de l'exposition de la Classe VIII, des instruments de précision pour la classe où les laboratoires de recherches (Enseignement supérieur) avaient élu domicile. Mais pourquoi vraiment les laisser s'égarer et se perdre au milieu des puissants dynamos, des énormes es volants, des milliers de lampes à incandescences et des kilomètres de câbles électriques, ces délicats instruments du Pr Marey? C'était aux organisateurs à protester énergiquement si la Maison Bréguet ne voulait point scinder son exposition.

Chemin faisant, nous nous permettons encore une autre critique qui a rapport à la composition du jury des récompenses de la Classe XV. Comment veut-on que seuls des astronomes, des fabricants d'instruments de géodésie, etc., puissent juger de la valeur d'instruments exclusivement employés

(1) V. *Progr. méd.*, no 24, tous les suivants de 1889 et nos 1, 2, 1890.

(2) Nous laissons de coté, bien entendu, tous les Instruments de Physiologie qui sont du domaine de l'Electricité et dont nous venons de parler.

(3) Nous rappelons que quelques fabricants d'Instruments de Chirurgie (Mariaud, Galante, etc.) construisent quelquefois des Instruments de Physiologie. Le lecteur est prié de se reporter à l'étude déjà faite pour chacune de ces Maisons.

dans des recherches du domaine des Sciences Biologiques, à savoir de microscopes, d'instruments de physiologie, etc. Il nous semble qu'on aurait dû adjoindre aux savants qui faisaient partie de ce jury, et dont la valeur est incontestée, un homme qui aurait consacré sa vie aux sciences biologiques. Un de nos maîtres, professeur de la Faculté de médecine, aussi savant histologiste qu'habile physiologiste, aurait certainement rempli ces fonctions avec une compétence toute spéciale. On n'y a pas songé. — En un mot nous regrettons qu'un biologiste, un médecin vraiment spécialité, n'ait pas été choisi comme membre titulaire du jury de cette Classe XV, où il y a pourtant beaucoup d'instruments qui ressortissaient des sciences biologiques ou médicales.

A. — MAISON VERDIN.

Parmi les instruments exposés dans la vitrine de M. Verdin, nous ne remarquerons que ceux qui sont du domaine : 1° du *Laboratoire de Physiologie* ; 2° ou de la *Clinique médicale* ; laissant de côté à dessein tout ce qui regarde l'électricité dont nous avons déjà parlé et l'optique dont nous nous occuperons bientôt. Nous les décrirons un peu au hasard, comme ils se présentaient à la Classe XV.

1° *Instruments pour les Laboratoires de Physiologie.*

Après la grande *machine à anesthésier* de M. Paul Bert, modifiée par M. Dubois, l'appareil qui attirait le plus l'attention par son volume dans la vitrine Verdin, etait l'*Enregistreur à poids du Pr Marey.* Nous nous réservons de parler des instruments de ce genre quand nous serons arrivé à l'exposition de la Maison Bréguet, qui vient d'en construire un nouveau modèle complet et plus considérable. Mentionnons toutefois que M. Verdin a installé récemment un grand enregistreur à poids dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Il faut en rapprocher les *appareils enregistreurs*, de dimensions moins colossales, dont

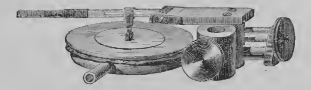


Fig. 20. — Tambours a levier du Pr Marey.

on se sert communément dans les laboratoires de clinique médicale. — Ces instruments sont pourvus d'un cylindre, d'un mouvement d'horlogerie avec régulateur Foucault. On en voyait un bel exemplaire dans la vitrine de Verdin, à côté de jolis *tambours* à levier du Pr Marey (Voir *Fig.* 20), dont le cylindre peut être animé d'un mouvement extrêmement lent ; de cette façon cet appareil peut servir à étudier l'écoulement biliaire ou salivaire, puisque un tour de cylindre peut durer *une heure.* Il est vrai que le même cylindre peut faire un tour en 5 minutes ou en un quart d'heure.

Le *Chronographe électrique de M. le Pr Marey* devait attirer aussi l'attention. L'appareil est mis en vibration par un diapason de 100 v. D. par seconde ; il est aussi pourvu d'un mouvement d'horlogerie avec régulateur.

M. Verdin a modifié légèrement le *signal électro-magnétique de M. Marcel Desprez* (Voir *Fig.* 21), dont il obtient le réglage de la plume inscrivante d'une façon un peu différente ; — l'*interrupteur à roues dentées de M. le Pr Marey*

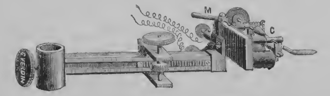


Fig. 21. — Signal électrique de M. M. Desprez (modification Verdin). *Légende* : C, Cone qui donne le maximum d'amplitude au style ; M, Manette qui donne la tension au ressort antagoniste devant vaincre l'attraction de l'ouverture par les poles de l'electro-aimant.

(Voir *Fig.* 22), en amenant d'une façon précise les contacts électriques et en permettant d'obtenir de 1 à 30 interruptions successives ou à intervalles choisis.

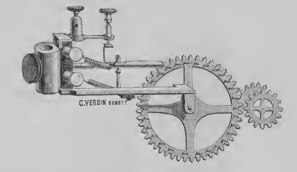


Fig 22. — Interrupteur à roues dentées du Pr Marey. — *Légende* : L'interrupteur est en rapport avec une paire de roues d'entrainement fixée a l'extrémité de l'arbre du cylindre enregistreur.

M. Verdin construit un *métronome enregistreur* spécial, avec ou sans sonnerie, pouvant donner la valeur du temps par

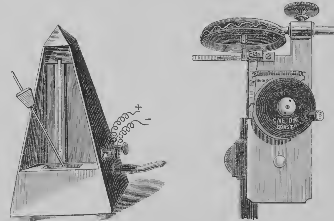


Fig. 23. — Métronome enregistreur de Verdin.

Fig 24. — Appareil de Donders, pour la vérification des tambours a levier.

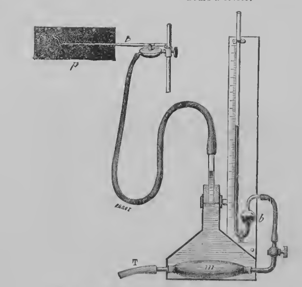


Fig 25. — Manomètre métallique du Pr Marey.

transmission d'air ou par l'électricité (Voir *Fig.* 23) avec signal électrique.

Dans la vitrine de ce fabricant on trouvait, en outre, un certain nombre d'instruments bien conditionnés, exécutés avec soin et un certain fini qu'on n'est pas habitué à rencontrer dans les laboratoires. Il est vrai qu'il s'agit d'une vitrine d'Exposition ! Ce sont l'*appareil de Donders*, pour la vérification des tambours à leviers (Voir *Fig.* 24) ; — le *manomètre métallique du professeur Marey* (Voir *Fig.* 25) fournissant les in-

dications, d'une part par transmission d'air, à l'aide d'un tambour à levier (*p*) et, d'autre part, par une colonne mercurielle placée devant une règle mobile (*m*, *b*); — enfin l'*hémodynamomètre de Ludwig,* modifié par M. Verdin (Voir *Fig.* 26, à

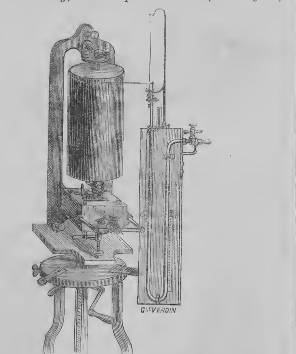


Fig. 26. — Figure qui contient : a droite, K, Hémodynamomètre de Ludwig, modifié par Verdin ; — à gauche et en haut, un cylindre enregistreur avec mouvement d'horlogerie, verticalement placé ; — en bas et a gauche, un support a crémaillère.

droite). Cet appareil inscrit les oscillations de la colonne sanguine au moyen d'une colonne de mercure qui supporte une tige d'aluminium coulissant entre deux galets, de façon à ce qu'elle reste bien verticale. Son extrémité inférieure est pourvue d'un cylindre d'ébonite taillé en cône reposant sur le mercure. Son extrémité supérieure est formée d'un stylet inscripteur. Un archet mobile avec crin maintient le contact du cylindre enregistreur avec ce stylet. Enfin le robinet à trois voies permet d'enlever dans l'appareil le carbonate de soude placé entre le sang et le mercure.

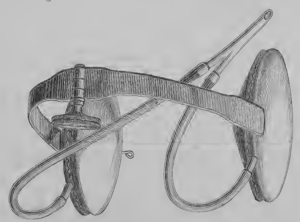


Fig. 27. — Explorateur du cœur du chien.

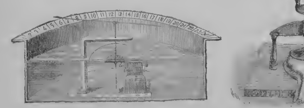


Fig. 28. — Appareil du Dr Caliburces.

Fig. 29. — Presse avec ampoule de caoutchouc.

Comme appareils que M. Verdin a récemment modifiés, nous citerons encore l'*Explorateur du cœur du chien* (Voir *Fig.* 27), constitué par deux tambours mobiles, montés sur un ressort, et pouvant s'adapter à des thorax de volume variable; — la *pince cardiaque* pour le cœur de la grenouille de M. Marey; — le *myographe à transmission de M. le professeur Marey*, etc., etc.

Parmi ceux qu'il construit et qui sont d'une importance plus minime, nous avons remarqué l'*appareil du Dr Caliburcès* (Voir *Fig.* 28), pour la démonstration du rôle des cils vibratils; — la *presse avec ampoule de caoutchouc* non extensible, utilisable dans un certain nombre d'expériences sur les pressions (Voir *Fig.* 29), etc., etc.

(*A suivre*). Marcel BAUDOUIN.

VARIA

L'Epidémie actuelle.

1° L'*Influenza à Paris.* — L'épidémie est en décroissance très notable à Paris; il paraît cependant que les femmes, épargnées en général jusqu'ici, sont assez fortement atteintes depuis quelque temps.

Cette semaine on a décidé de faire construire immédiatement à l'hôpital St-Antoine et à l'hôpital Tenon, à une distance éloignée de tous les autres services, deux baraques pouvant contenir chacune trente-deux lits et destinées à recevoir en ce temps d'encombrement le trop-plein des salles du service de médecine. La construction de ces baraques, dont l'aménagement sera parfait à tous les points de vue de l'hygiène et du confortable, et analogue à celui de la baraque de l'hôpital Beaujon, est poussée avec l'activité la plus grande. Tout porte à croire qu'elles pourront être livrées, installées et aménagées dans les premiers jours de février.

Il n'est pas sans intérêt de dire que l'Assistance publique, qui avait été obligée d'installer dans les hôpitaux 1.986 brancards ou lits supplémentaires, n'en a plus aujourd'hui que 920. Nous avons annoncé la semaine dernière que la préfecture de police avait offert à l'Assistance publique 500 lits au dépôt de mendicité de Nanterre pour y placer les incurables, et, de la sorte, faire un peu de place, dans les hôpitaux de Paris, aux influenzés. 260 incurables sont dès maintenant installés à Nanterre. — M. Pasteur a été interviewé par le rédacteur d'un journal politique sur les causes de l'épidémie.

« Si je me permettais une hypothèse, a-t-il dit, ce serait celle d'un microbe, déjà ancien, d'un microbe d'une maladie connue, de la grippe, par exemple, dont la virulence et les effets morbides se seraient exaltés et compliqués. Dans l'épidémie qui sévit, on relève beaucoup de cas de pneumonie infectieuse; il n'y a pas longtemps qu'on connait cette maladie; eh bien, est-ce que l'influenza ne serait pas quelque chose du même ordre? Un diminutif? Je le répète, ce sont des hypothèses qu'on ne pourra examiner que lorsque l'épidémie sera finie, alors que de tous les coins où elle s'est répandue arriveront les constatations et les preuves contradictoires, qu'on ne pourra *vérifier* que par l'expérimentation... »

Nous donnons l'interview pour ce qu'il vaut.

2° L'*Influenza en Province.* — La Province continue à être atteinte dans une forte proportion; l'épidémie bat son plein dans la plupart des villes où elle a fait son apparition la semaine dernière; mais il n'y a rien de particulier à signaler de nouveau sur le mode de propagation. Presque toute la France, à l'heure qu'il est, est atteinte. Dans certaines villes, violemment frappées il y a 8 jours (Marseille, Brest, etc.), l'amélioration est très appréciable. A *Rouen*, l'influenza sévit actuellement avec intensité; de même dans la *Dordogne*, dans le *Nord* et la *Corse*. Dans la *Nièvre*, on signale que les chevaux commencent à être pris en grand nombre.

En *Algérie*, l'épidémie a gagné Mascara, Sidi-bel-Abbès, Tlemcen, Mostaganem, dans la province d'Oran. Alger lui-même a un grand nombre de malades. La *Tunisie* est envahie aussi (La Marsa, Tunis, etc.).

3° L'*Influenza à l'Etranger.* — A Londres, l'épidémie est en décroissance d'après les dernières nouvelles; on signale quelques cas à Jersey. — En Allemagne, les régions principalement envahies sont les duchés de Bade, de Hesse, les provinces du

Rhin (Carlsruhe, Mayence, Worms, Mannheim). — En Suisse, l'influenza règne partout et à Davos, dans les Grisons (station d'hiver), comme à Vevey, etc. — Vienne est toujours atteinte (10 0/0); Prague, Pilsen, Cracovie, Trieste, Agram, Budapesth sont frappés, de même que l'ile de Malte. — A Athènes, la maladie a sévi tout à coup cette semaine avec une grande violence; elle reste cependant bénigne. — En Sicile, il y a eu un moment une véritable panique. — Le mieux est notable à Madrid.

Le dernier bulletin statistique de la santé à Stockholm (*Veckoöf vertigt af Stochholms sanitära Statistik*, 7 janvier 1890) donne pour cette ville 161 cas d'Influenza (du 29 déc. au 4 janv.) et 127 de bronchite aiguë. Il y a eu seulement dans la même semaine 11 cas de mort par l'influenza, 35 par phtisie, 47 par pneumonie et 14 de bronchite. — A New-York, les cas sont moins nombreux et deviennent moins graves. — On signale l'envahissement de l'Egypte.

4° L'*Influenza chez les Animaux*.— Un journal de médecine de Munich (1) publie des détails sur l'influenza parmi les chevaux. D'après les observations faites au cours des trois derniers mois, il yaurait trois catégories d'influenza: 1° l'influenza ordinaire, avec fièvre et douleurs musculaires, qui n'est pas dangereuse, attendu que sur 400 cas il n'y en a pas 3 qui soient mortels; 2° l'influenza pectorale, qui a son siège dans les poumons et devient mortelle dans 20 cas sur 100; 3° l'influenza intestinale qui est aussi fatale dans 20 cas sur 100. Les deux dernières formes seraient souvent la suite d'un traitement imparfait de l'influenza ordinaire. M. B.

L'Influenza dans les Iles. (*Etude de Géographie Médicale*).

M. le Dr H. Labonne a récemment adressé au *Temps* l'intéressante lettre suivante, utile à consulter pour les chercheurs.

Dans le gaélique, langue parlée par les montagnards écossais et les habitants des Hébrides, l'influenza se nomme *Cnatan na gall*. Elle est connue aussi sous les noms de *boat-cold*, *boat-cough* (rhume de bateau), *stranger's cold* (rhume des étrangers), *the Harris cold* (le rhume de l'ile de Harris). Les indigènes sont tous unanimes à déclarer, comme le pêcheur de Saint-Kilda qui me conduisit aux Hébrides à mon retour des Færoër, que chaque fois qu'un navire visite leur ile, ils sont atteints d'influenza. Le pêcheur me dit aussi qu'il existait des degrés dans l'épidémie selon qu'elle avait été causée par un bateau de Glascow et de Liverpool ou un bateau de Harris. Harris est la partie sud de la grande ile de Lewis. C'est de Harris que viendrait l'influenza la plus pernicieuse. Je laisse de côté de nombreux écrits et de nombreuses théories suscitées au siècle dernier pour expliquer la mystérieuse propagation du mal. Il vaut cependant la peine d'en rappeler une pour son originalité. Les Saint-Kildiens qui jusqu'à ces dernières années ne voyaient qu'un ou deux navires chaque été seulement, étaient si vivement impressionnés par la vue et le contact de représentants d'une civilisation supérieure, que leur condition d'infériorité leur constituait une réceptivité morbide spéciale. C'est la théorie de MM. Morgan et Seton qu'un Anglais réfute avec humour en disant que, si un étranger communiquait un rhume, deux étrangers en communiqueraient deux, etc., etc., si bien que beaucoup d'etrangers enrhumeraient l'ile entière. La plus précieuse information est celle du docteur Macdonald de Beith, qui séjourna à Saint-Kilda en juin 1885. Il nota que presque tous les indigènes toussaient; mais, en ayant ausculté plusieurs, il ne constata que deux fois les «râles sonores ronflants de la période inflammatoire de la bronchite aiguë». Pour lui, la cause n'est pas douteuse, et c'est aussi mon opinion; comme en Islande, comme aux Færoër, iles que je connais bien, les indigènes sont habitués à une telle pureté d'air qu'ils constituent un terrain vierge, partant plus accessible aux micro-organismes apportés par les étrangers. A ce sujet, je mentionnerai que le rapport sur la mission du croiseur *Galaten*, en 1867-1868, signale que chaque fois qu'un navire touche de Sainte-Hélène aux iles Tristan d'Acunha, bien connues pour l'extrême salubrité de leur climat, il apporte avec lui l'influenza. *A disease ressembling influenza*, dit le texte anglais. Les Saint-Kildiens appellent encore parfois l'influenza *murri-murri*, nom maori qui désigne le meme mal aux iles Chatam, situées presque aux antipodes de Saint-Kilda, à 480 milles environ est de la Nouvelle-Zélande. M. Augustin Chudleigh a appelé l'attention sur ce fait si curieux dans le numéro du 4 septembre 1886 du *British medical journal*. Les indigènes de l'ile Wharekauri sont si surs de l'arrivée d'un navire etranger dès qu'un cas d'influenza est signalé qu'ils préparent immédiatement leurs lettres pour ce navire. Certains gravissent le mont Dieffenbach, d'où ils peuvent voir le port principal de Wharekauri, la baie de Waitangi, et ne sont jamais déçus dans leur espoir; ils aperçoivent toujours le bateau signalé par l'influenza. Tels sont les renseignements que je possède sur l'influenza des Saint-Kildiens. Je n'ai pas contesté les *maladies de poitrine* au Groenland, mais la *phtisie spontanée*. J'ai vu aux Færoër un médecin du gouvernement danois, récemment arrivé du Groenland, qui m'a affirmé n'avoir jamais pu découvrir le Bacille de Koch dans les crachats des Esquimaux vivant loin des comptoirs. Il était convaincu que la phtisie était toujours due aux Européens. Quoi qu'il en soit, ce ne fut pas pour moi un faible sujet d'étonnement, lorsque j'entrai dans la demeure de ce confrère perdu sur un ilot des Færoër, que de le trouver penché sur un microscope très perfectionné, entouré d'étuves à cultures, cultivant des Bacilles!

(1) Voyez *Munchener Medicinische Wochenschrift*, 7 janvier 1890, p. 11.

Le Service Médical des Colonies.

Le *Journal officiel* a publié un rapport adressé au Président de la République par le président du conseil, ministre des colonies, rapport qui est suivi d'un décret sur la *constitution et l'organisation du corps de santé des colonies et pays de protectorat.*

Voici quelques passages de ce document:

Le service médical aux colonies est actuellement confié à des officiers du corps de santé de la marine, qui sont détachés pour une période variant de un à deux ans dans les hôpitaux coloniaux, et qui relèvent exclusivement du ministre de la marine pour tout ce qui concerne l'avancement, la discipline et l'organisation de leur corps. Cet état de choses, qui a été maintenu provisoirement depuis la séparation des colonies et de la marine, offre à différents points de vue de sérieux inconvénients. D'une part, en effet, il est inadmissible que le ministre chargé des colonies n'ait pas sous son autorité immédiate un service dont l'importance grandit chaque jour, en raison de la place qu'ont prise, dans les préoccupations de l'opinion publique, les questions relatives à l'hygiène des troupes et des colons, à la salubrité des logements et des casernements et aux moyens de prévenir la propagation des épidémies. D'autre part, tout en rendant une entière justice à la science et au dévouement dont ont toujours fait preuve les médecins de la marine, il est impossible de méconnaître que le roulement auquel ils sont astreints, pour assurer à la fois et le service de la flotte et le service des colonies, ne leur laisse que peu de temps pour étudier les questions d'ordre général qui touchent à l'hygiène et à l'amélioration du régime sanitaire de nos possessions d'outremer. Ces considérations m'ont amené à rechercher dans quelles conditions il serait possible, sans grever le budget de dépenses nouvelles, de constituer un corps de santé spécial aux colonies. Il m'a paru que le moyen le plus simple d'obtenir ce résultat serait de revenir, sauf à y introduire les améliorations que l'expérience a suggérées, au système qui a été en vigueur de 1835 à 1866, période pendant laquelle le service colonial était assuré par des médecins spécialement affectés aux colonies. Sans rechercher les motifs pour lesquels cette organisation fut abandonnée en 1866, on peut affirmer que, durant la période de plus de trente ans pendant laquelle elle a existé, elle a donné d'excellents résultats et que le personnel médical, ainsi spécialisé, avait acquis une haute valeur professionnelle. — (On sait que le service médical des colonies est ouvert par voie d'option aux médecins de la marine et que les officiers du nouveau corps de santé des colonies et pays de protectorat sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers). — Le recrutement se fera de préférence parmi les élèves sortant de l'Ecole du service de santé de la marine; toutefois, les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de 1re classe pourront être nommés médecins ou pharmaciens de 2e classe. La hiérarchie est la même que celle du corps de santé de la marine, sauf qu'il est créé deux grades de médecin-inspecteur: la première classe étant assimilée au directeurs du service de santé, la seconde classe est un grade intermédiaire entre le médecin en chef de première classe et le directeur du service de santé de la marine. Les médecins en chef sont également divisés en deux classes: la première assimilée aux colonels, la seconde aux lieutenants-colonels. Rien n'est changé aux règles d'avancement et de retraites. Il est créé à Paris un *conseil supérieur de santé des colonies et pays de protectorat.*

Situation des Internes dans les Hôpitaux de Paris

Dans le N° de l'*Eclair* du 17 janvier, le rédacteur parlant de la situation des internes, au nom de M. Germain Sée, signale parmi les avantages que l'Administration offre aux internes, en plus de l'indemnité, la nourriture. Il y a là une erreur complète, et à ce propos, nous croyons utile de mettre sous

les yeux de nos lecteurs l'extrait suivant de notre rapport au Conseil municipal de Paris sur l'Assistance publique pour 1882 (1).

Dans les détails de l'article et du sous-chapitre VI figure un crédit de 164,800 francs pour les indemnités des « élèves. » Les « élèves » comprennent deux catégories, les *externes* et les *internes* (en médecine) des hôpitaux. Les internes sont nommées pour quatre ans; ils reçoivent 500 francs la première et la seconde année; 600 francs la troisième année et 700 francs la quatrième. Votre Commission a pensé que le temps était venu d'augmenter ces indemnités et de les répartir de la façon suivante :

Première année.	au lieu de 500 francs	600	»
Deuxième année	— 500 —	700	»
Troisième année	— 600 —	800	»
Quatrième année.	— 700 —	1000	»

Les services rendus par les internes en médecine sont de la nature de ceux qu'on ne paie pas; mais nous avons pensé que, en raison du renchérissement de toutes les choses nécessaires à la vie, il était convenable d'élever dans une certaine proportion les indemnités qui leur sont allouées. De plus, en vous proposant une augmentation de 100 fr. pour les internes de 1re année, de 200 fr. pour les internes de 2e et de 3e année et de 300 francs pour les internes de 4e année, la Commission a tenu compte des services rendus et des sacrifices faits par les internes qui, continuant à remplir leurs fonctions jusqu'à la fin de leur 4e année, assurent à nos malades des soins de plus en plus judicieux. Cette augmentation graduelle permettra à des internes sans fortune de poursuivre leurs travaux et accroîtra le nombre des candidats aux places de médecins, de chirurgiens, d'accoucheurs et de médecins aliénistes des hôpitaux et contribuera à accroître la réputation justement méritée du corps médical des hôpitaux.

En nous appuyant sur les chiffres qui nous ont été fournis par l'Administration (2), nous vous demandons un crédit supplémentaire de 28,900 francs. Il va de soi que l'Administration devra veiller plus que jamais à ce que le service soit fait régulièrement. La Commission est persuadée, d'ailleurs, que les internes, reconnaissants des sacrifices faits par la Ville, tant par cette augmentation de leur indemnité que par les subventions accordées à leurs bibliothèques, feront encore mieux que par le passé.

Votre Commission avait pensé à demander pour tous les internes en médecine la *nourriture en nature*. En la leur accordant, on ne ferait pas une innovation. En effet, les internes des asiles non seulement sont nourris, mais, de plus, ils ont une indemnité annuelle de 800 francs dès la première année. Mais, cette question nécessitant une étude approfondie, votre Commission a pensé qu'il convenait d'inviter l'Administration à l'examiner et à vous donner son appréciation lors du Projet de Budget de 1883.

Association française pour l'avancement des sciences.

Conférences de Paris.

Les Conférences de l'année 1890 auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis, à 8 heures et demie très précises du soir. Elles commenceront le 25 janvier.— SAMEDI, 25 JANVIER : M. Emile GUIMET : *La Science des religions.* (Croyances de l'Egypte, de l'Inde, de la Chine, et du Japon). (Avec projections).— SAMEDI, 1er FÉVRIER : M. PICOU, Ingénieur, Secrétaire général de la Société internationale des Electriciens : *La distribution de l'Electricité.* (Avec projections). — SAMEDI, 8 FÉVRIER : M. MARTEL, Avocat, Agréé au Tribunal de Commerce, Bibliothécaire du Club Alpin Français : *Les Causses du Languedoc.* (Gorges du Tarn— Montpellier-le-Vieux — Grottes et abîmes — Les eaux souterraines) (Avec projections).— SAMEDI, 15 FÉVRIER : M. Alfred RENOUARD, Ingénieur, à Lille : *L'industrie textile moderne, ses origines, son état actuel.* — SAMEDI, 22 FÉVRIER : M. Charles RABOT, chargé de Missions Scientifiques par le Ministère de l'Instruction publique : *Les glaciers polaires et les phénomènes glaciaires actuels.* (Avec projections).— SAMEDI, 1er MARS : M. VIEILLE, Ingénieur des Poudres et Salpêtres : *Méthodes appliquées à l'Etude des Explosions.*—SAMEDI, 8 MARS : M. Louis BACLÉ, Ingénieur à la Compagnie des Forges de Châtillon et Commentry : *Les chemins de fer à fortes rampes.* (Avec projections). — SAMEDI, 15 MARS : M. le Dr Gabriel POUCHET, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris : *Les falsifications des substances alimentaires.* (Avec projections). — SAMEDI, 22 MARS : M. DUCLAUX, Membre de l'Institut, Professeur à la Sorbonne et à l'Institut national agronomique : *Le lait au point de vue alimentaire.*— SAMEDI, 29 MARS : M. le Dr Ernest HAMY, Conservateur du Musée d'Ethnographie : *Les tribus sédentaires de la Tunisie du Sud.* (Avec projections). *Les projections seront faites par M. Molteni.* Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au Secrétariat, 28, rue Serpente, de 9 heures du matin à 5 heures du soir, à partir du 15 janvier. Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une carte. Des cartes d'abonnement sont délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de *cinq francs*, pour la série des conférences de 1890. Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au Secrétariat dans la semaine qui précédera chaque conférence : elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association. On ne sera admis dans la salle de la Conférence que sur la présentation des Cartes spéciales délivrées cette année.

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Statuts. — (Ces statuts ont été arrêtés dans la séance du 17 juillet 1889.) — Art. I. Une Société scientifique est constituée sous le nom de Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. — Art. II. Cette Société se réunit deux fois par an à l'hôpital Saint-Louis, de 9 heures à 11 heures du matin. Chacune des deux sessions aura une durée de trois jours : l'une les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suit Pâques; l'autre, les derniers jeudi, vendredi et samedi d'octobre. — Art. III. Tout docteur en médecine peut faire partie de la Société, à condition d'être élu au scrutin secret par les trois quarts, au moins, des membres présents. — Art. IV. La Société se compose : 1° de membres titulaires, 2° de membres correspondants étrangers. — Art. V. Les membres titulaires paient un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle de 20 francs. La cotisation peut être perpétuée moyennant une somme de 300 francs. Le versement pourra être effectué en trois annuités de 100 francs chacune. — Art. VI. Toutes les affaires concernant la Société sont confiées à un comité de direction composé du Président, des trois vice-présidents, du secrétaire général et de cinq membres, spécialement élus par la Société. Ce comité est plus particulièrement chargé : 1° de la publication des travaux; 2° de la gestion financière ; 3° de tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société. — Art. VII. A la Société seule spécialement convoquée, appartient le droit de prononcer la radiation d'un de ses membres. — Cette exclusion ne pourra être prononcée qu'au scrutin secret et à la majorité des deux tiers des membres présents. — Art. VIII. Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du comité de direction. — Art. IX. Les membres correspondants étrangers sont nommés par la Société sur la présentation du comité de direction. — Art. X. Le bureau est composé : 1° d'un président, 2° de 3 vice-présidents (1), 3° d'un secrétaire général, 4° de 6 secrétaires annuels, 5° d'un trésorier. Ces membres sont nommés par élection et pour un an. Le secrétaire général est nommé pour trois ans et fait, de droit, comme le président et les vice-présidents, partie du comité de direction. — Art. XI. Toute proposition tendant à modifier les statuts de la Société doit être signée par dix membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission et discutée dans une séance pour laquelle tous les membres titulaires sont spécialement convoqués. Cette proposition ne peut être adoptée qu'à la majorité des trois quarts des membres présents.

Le comité de direction a l'honneur de vous informer que, en conformité de l'article II des statuts et du vote de la dernière assemblée générale, la première session de la Société pour l'année 1890, aura lieu les jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 avril, de 9 heures à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis. Dans le but de préparer l'ordre du jour et les programmes des questions qui seront traitées et discutées, vous êtes prié de vouloir bien envoyer les titres et, s'il vous est possible, les sommaires des communications que vous avez l'intention de faire dans cette session. Ces renseignements doivent être adressés avant le premier mars, à Mr le Dr Emile Vidal, secrétaire général, 65, rue d'Anjou.

Les membres du comité de direction : Balzer, E. Besnier, Boureau A. Fournier, E. Gaucher, Hallopeau, Hardy, Mauriac, Rollet, E. Vidal.

(1) Voir plus haut page 46.

(2) 42 internes de 1re année, 15 de 2e année, 38 de 3e année et 27 de 4e année.

(1) Il a été décidé, dans la séance du 8 août, 1889 qu'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances seraient choisis parmi les membres de la Société résidant dans les départements.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Villejean, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Strauss, Retterer ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 5e de *Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Letulle.

MARDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Duguet, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hanot, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Quénu, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Duplay, Bar ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Hutinel, Ballet.

MERCREDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Netter. — 3e *de Doctorat* (oral) (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Segond, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 23. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Brun, Quénu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Hanot, Gley, — 3e *de Doctorat*, oral (1re)partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier ; — (2e *Série* : MM. Tarnier, Poirier, Nelaton. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Gilbert, Letulle.

VENDREDI 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Marie. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Pinard, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Segond, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard, Chantemesse.

SAMEDI 25. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duguet, Campenon, Nélaton ; — (2e partie) : MM. Laboulbene, Mathias-Duval, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Ballet, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Schwartz, Bar ; (2e partie) : MM. Ball, Hutinel, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 22. — M. Maturié. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement. — M. Delagénière. Cholécystentérostomie. — M. Berger. Sur des accidents peu connus du phimosis congénital. — M. Descoings. De l'amygdalite considérée comme maladie infectieuse et contagieuse. — *Jeudi* 23. — M. Debayle. Hystéropexie vaginale, nouvelle opération contre les déviations utérines. — M. Heurteau. Contribution à l'étude des conséquences tardives des lésions traumatiques de la mœlle épinière. — M. Cambours. Des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées). Ses indications et contre-indications. — M. Lovy. Exanthème rubéoliforme du déclin de la fièvre typhoïde. — M. Beaujean. Vergetures des membres. — M. Restrepo. Contribution à l'étude de la pathologie des altitudes.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs G. LEPAGE et J. POTOCKI recommenceront le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à 4 h. 1/2, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles ; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.

NÉCROLOGIE

M. Gaston Ad. HIRN (du Logelbach, Alsace).

Les sciences physiques viennent de faire une perte considérable dans la personne de M. HIRN, le grand savant du Logelbach. Gustave-Adolphe Hirn était né le 21 août 1815, au Logelbach, près de Colmar. En 1834, il était entré comme chimiste dans une fabrique. Il y resta comme ingénieur, lorsque la manufacture se transforma. Les questions de physique les plus importantes devinrent alors l'objet de ses études. Il fit établir, en 1880, un observatoire météorologique à Colmar.

Homme de science de la plus haute envergure et d'une originalité rare, Hirn n'a pas vu de son vivant ses idées admises par le monde savant, mais elles sont marquées au coin du véritable génie. Sa principale œuvre est la *Théorie mécanique de la chaleur*. Il faut encore citer, en dehors de nombreuses études et mémoires insérés dans le *Cosmos* et les *Annales de chimie et de physique*, les œuvres suivantes : *Mémoire sur la thermodynamique* ; — *Mémoire sur les annexes de Saturne* ; — *Mémoire sur les propriétés optiques de la flamme des corps en combustion et sur la température du soleil*, etc. M. Hirn était membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris et de presque toutes les assemblées scientifiques des différents pays de l'Europe.

M. B.

M. le Pr Antoine Friedrich von TROELTSCH (de Wurzbourg).

La Faculté de médecine de Wurzbourg vient de perdre un de ses maîtres les plus distingués dans la personne de M. Antoine Frédéric de TROELTSCH.

M. de Troeltsch, né à Schwabach, près Nuremberg, le 3 avril 1839, étudia d'abord dans les Universités de Wurzbourg, Vienne, Berlin, Prague, Dublin, Londres, et à la Faculté de Paris ; puis il se livra spécialement à l'Otiatrie. Médecin praticien en 1857, il entra à l'Université de Wurzbourg en 1860. On lui doit un grand nombre de mémoires traduits en français, en russe, en anglais, en hollandais et même en italien. Citons, parmi ses principaux travaux :

Die angewandte Anatomie des Ohres (1860) ; — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde* (1re édition, 1862 ; 7e édition, 1881) ; — *Die chirurgischen Wundkrankheiten des Ohres* (Pitha's und Billroth's Handbuch, 1866) ; — *Die Krankheiten des Ohres in Kindesalter* (Gerhardt's Handbuch, 1880) ; — *Gesammelte Beitræge zur pathologischen Anatomie des Ohres*, etc., 1883 ; etc., etc. M. B.

M. le Dr DUSCH (de Heidelberg).

M. le Dr von DUSCH (Théodore), professeur de médecine interne à la Faculté de Heidelberg, vient de succomber.

Né le 17 septembre 1824, il avait commencé ses études de médecine à l'Université d'Heidelberg, puis était venu étudier à Paris. Ses maîtres furent, en Allemagne : Henle, Chelius et Pfeufer. Reçu docteur en 1847, il se fit connaître vers 1854, à Heidelberg, comme privat-docent. Professeur extraordinaire de pathologie en octobre 1856, il devint directeur de la policlinique médicale et professeur ordinaire en octobre 1870. Ses principaux travaux sont : *Ueber die Filtration der Luft durch Baumwolle*, en collaboration avec Schröder (*Ann. de Liebig*, 1852) ; — *Beiträge zur Pathogenese des Icterus* (thèse, 1854) ; — *Lehrbuch der Herz-Krankheiten* (Leipzig, 1868, 379 p.) ; — *Ueber Hirnsinus thrombose*, traduit en anglais par Geo Witley, Londres, 1861, *New Sydenh. Society* ; in *Zeit. f. rat. Medicin*. — *Die Krankheiten des Endo-und Myocardium* et *Die Neurosen des Herzens* (*Handb. der Kinderkrankheiten* de Gerhardt, 1878). Citons encore un grand nombre d'articles de journaux sur le *diabète sucré*, l'*ovariotomie*, les *maladies du cœur*, la *mort subite* après l'Empyème, etc. M. B.

M. le Dr BOUCHER (de Neuvy-sur-Loire).

M. le Dr L.-Auguste BOUCHER entra dans les hôpitaux comme externe en 1850 ; l'année suivante il était reçu 1er provisoire et en 1852 le 5e interne. A ce titre il fut interne dans les services d'Aran et d'Huguier. En 1853, sur la demande du ministre de l'Intérieur, il se rendit avec plusieurs de ses collègues dans la Champagne, alors décimée par le choléra, ce qui lui valut une médaille d'argent. N'ayant pas suffisamment de fortune pour rester à Paris, il s'établit à Sancergues, chef-lieu de canton et centre important du département du Cher. Là, son titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris et une réelle habileté chirurgicale ne tardèrent pas à le désigner pour toutes les opérations difficiles qui se pratiquaient dans la région. Très aimé et estimé de ses confrères, il était un des rares survivants parmi les membres fondateurs de l'Association des médecins du Cher. Pendant les trente ans qu'il exerça la vie pénible de modeste praticien de campagne, il trouva encore le loisir d'envoyer un certain nombre d'articles à la *Gazette des hôpitaux*, de communiquer plusieurs observations d'affections du système nerveux à la Société de médecine de Rouen : entre autres, un cas d'ataxie au sujet duquel il échangea avec Trousseau une correspondance fort intéressante. En 1886 il se retirait à Neuvy-sur-Loire, dans la Nièvre, auprès d'une propriété qu'il possédait en cet endroit, pensant jouir d'un repos bien mérité. Mais la maladie cruelle (cancer de l'estomac), sur laquelle il ne se faisait pas d'illusion, ne tardait pas à l'enlever à l'affection des siens et aux regrets des pauvres et des malheureux de la localité auxquels il avait consacré le peu de santé qui lui restait. Aussi la population tout entière le conduisit-elle à sa dernière demeure avec le chagrin que l'on éprouve quand on perd un bienfaiteur et un ami.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE PARIS. — La *Société obstétricale et gynécologique* a constitué son bureau pour 1890 de la manière suivante : M. Dumontpallier, président ; MM. Charpentier et Lucas-Championnière, vice-présidents ; M. Porak, secrétaire général ; M. Verrier, trésorier-archiviste ; M. Guslou, secrétaire annuel ; M. Jouin, secrétaire adjoint.

FORMULES

III. Traitement de la sueur des mains.

III.	Eau de Cologne	120 gr.
	Teinture de belladone	15 —

D. S. Badigeonnez les parties malades.
(*Centrabl. f. d. gesammte Ther.*,juillet 1889 p. 510.

III. Solution pour nettoyer la bouche.
(W. D. Miller).

IV.	Acide thymique	0 gr. 15
	Acide benzoïque	3 gr.
	Teinture d'Eucalyptus	15 gr.
	Bichlorure de mercure	0 gr. 80
	Alcool	100 gr.
	Essence de menthe poivrée	0 gr. 75

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 janv. 1889 au samedi 11 janv. 1890, les naissances ont été au nombre de 1,130 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 413 ; illégitimes, 177, Total, 590. — *Sexe féminin :* légitimes, 379 ; illégitimes, 161, Total, 540.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 janv. 1889 au samedi 11 janv. 1890, les décès ont été au nombre de 2065 savoir : 1121 hommes et 944 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes ; Fièvre typhoïde : M. 9, F. 8, T. 17. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 9. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 12, T. 23.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 342, F. 107, T. 349. — Autres tuberculoses : M. 14. F. 12 T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T, 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 30. T. 50. — Méningite simple : M. 27, F. 20, T. 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 19, T. 43. — Paralysie : M. 6, F. 6. T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 7, T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 40, F. 59. T. 99. — Bronchite aiguë : M. 45, F. 65. T. 110. — Bronchite chronique : M. 85, F. 69. T. 154.—Broncho-Pneumonie : M. 54, F. 74. T. 128. — Pneumonie : M. 211. F. 152. T. 363.— Gastro-entérite, biberon, M. 19, F. 12. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 6. T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 3. T. 8— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 13, T. 33. — Sénilité : M. 16, F. 48. T. 64.— Suicides : M. 12, F. 1, T. 13. — Autres morts violentes : M. 7. F. 7. T. 14. — Autres causes de mort : M. 218. F. 177. T. 395. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 0, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 90, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 24. Total : 57. — *Sexe féminin :* légitimes, 19 ; illégitimes, 14. Total : 33.

Faculté de médecine de Nancy. — *Prix de thèse.* — Prix, M. Legrain : Microbes des écoulements de l'Urèthre. — Mention honorable : MM. Friant, Riboulot, Vaté, Zumblichl.

École de médecine et de pharmacie de Marseille.— M. Bélugon, à la suite d'un concours ouvert récemment à l'École, vient d'être nommé aide d'anatomie et de physiologie.

Universités étrangères. *Faculté de médecine de Vienne.* — Nous apprenons avec plaisir que MM. Frisch, C. Maydl, Lorenz privat-docents de chirurgie, sont nommés professeurs ordinaires. On sait que M. Maydl est un de ceux, parmi nos voisins qui n'oublient pas qu'à ce bout de l'Europe, il y a encore un coin de terre qui s'appelle la France.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Voici les deux questions posées à la seconde épreuve orale de ce concours : *épistaxis* ; — *vésicatoires.*

Assistance publique de Paris. — *Dons.* — Le directeur de l'Assistance publique a reçu : De MM. L... la somme de 2.000 francs pour les pauvres des arrondissements les plus nécessiteux de Paris. — De M. C... K... la somme de 300 fr. pour les indigents atteints de l'influenza. — De M. B... la somme de 200 francs pour l'œuvre des Enfants moralement abandonnés.— De M. P... D... la somme de 100 francs pour les pauvres de Paris. De M. G.. A... la somme de 30 francs pour la famille la plus malheureuse. Le directeur de l'Assistance publique a reçu aussi de M. W. Bl. la somme de 3,000 fr., dont 1,000 fr. pour les pauvres des divers arrondissements, le dixième excepté, et 2,000 pour les victimes de l'influenza. Un anonyme, sous les initiales X... Y.. , a versé dans la caisse de l'Assistance publique la somme de 2,000 fr. pour les pauvres des vingt arrondissements. Une somme de 50 fr. a été versée par M. J... entre les mains de M. Monod pour la distribution de vêtements chauds aux travailleurs pauvres de Paris et de la banlieue. — Mme S... de R... vient de faire remettre 25.000 francs au directeur de l'Assistance publique pour être distribués aux familles nécessiteuses atteintes par l'épidémie. — Le *Journal officiel* annonce, en outre, le don suivant : MM. H... et Ce la somme de 5.500 francs à distribuer, savoir : 500 francs aux pauvres du 8e arrondissement ; 500 francs aux pauvres du 9e arrondissement ; 250 francs aux pauvres de chacun des dix-huit autres arrondissements. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu, de Mme K..., la somme de 50 francs pour les victimes de l'épidémie qui sévit à Paris ; — De MM. B... et Sch... par l'intermédiaire de M. le ministre de Suisse, la somme de 500 francs pour les pauvres de Paris; — De Mme C... la somme de 150 francs pour les pauvres du 8e arrondissement et des deux arrondissements les plus pauvres.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté préfectoral, M. Le Roux, chef de la 2e division de la direction des affaires municipales, est nommé sous-directeur et chargé de la direction des affaires départementales à la préfecture de la Seine. M. Le Roux remplace M. Roux, le regretté directeur assassiné, ainsi qu'on s'en souvient. Cette nomination hiérarchique met à la tête des affaires départementales un fonctionnaire distingué et un républicain.

Asile d'aliénés d'Evreux. — *Place d'interne vacante.* — Une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés d'Evreux ; 1,200 fr. par an, logement, nourriture, chauffage, blanchissage, éclairage. Il faut au moins 12 inscriptions de doctorat. Adresser au directeur sa demande avec certificat de scolarité.

Académie de médecine de Belgique. - *Prix.* — L'Académie de médecine de Belgique vient de partager le prix de 8,000 francs qu'elle avait destiné au meilleur mémoire sur l'*épilepsie*, ex æquo, à un médecin américain et à M. le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton.

Conférences d'Internat.— La conférence d'internat de MM. Faure-Miller, Brodier, Papillon commencera le samedi 18 janvier à 8 h. 1/2 du soir, hôpital de la Pitié, amphithéâtre no 3. (L'heure sera fixée ultérieurement d'une façon définitive). — La conférence d'internat, dirigée par MM. Mosny, Mauclaire, Achalme, commencera le samedi 18 janvier à 3 heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital de la Pitié. La première conférence portera sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du rein et de la vessie. — Une conférence d'internat sera faite à la Charité le samedi à 3 h. 1/2 par MM. Delagénière, Guyon et de Saint-Germain. La première conférence, qui aura lieu aujourd'hui samedi 18 janvier, portera sur le cœur, anotomie, physiologie et pathologie.

Association française pour l'avancement des sciences. — Les Conférences de l'année 1890 auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins, les samedis, à 8 heures et demie très précises du soir. La première aura lieu le samedi 25 janvier. Elle sera faite par M. Émile Guimet. Titre : *la Science des Religions.*

Bal de la société des étudiants russes a Paris. — Dimanche dernier 12 janvier, a eu lieu, dans un des salons du Grand-Orient de France, le bal annuel organisé, à l'occasion du nouvel an, par la Société des Etudiants russes de Paris. Parmi les invités, nous avons remarqué MM. les professeurs Vyrouboff et Afanassieff, MM. Jablochkoff, l'ingénieur bien connu, de Roberty, le Dr Poirier, chef des travaux anatomiques et un nombre considérable de notabilités russes et françaises. La plus grande cordialité n'a cessé de régner durant tout le bal où les honneurs étaient rendus par les dames commissaires et un certain nombre d'étudiants auxquels nous adressons nos plus vives félicitations et tous nos remerciments pour la façon courtoise avec laquelle ils ont reçu leurs invités. Le bal s'est prolongé jusqu'au matin, puis l'on s'est donné rendez-vous pour l'année prochaine. — Pour les communications ou renseignements relatifs à l'Association des Etudiants russes, que nous espérons voir grandir et prospérer chaque jour, s'adresser chez M. Rosenblat, secrétaire, no 52, boulevard Arago, ou, en son absence, chez M. Eward, 4, rue de Nansouty.

Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. — *Bureau pour* 1890. — Président : Dr Thorel ; secrétaire général : Dr Philbert ; secrétaire général adjoint : Dr Cayla.

Conservatoire des arts et métiers. — Lundi dernier, à 9 heures du soir, M. Aimé Girard a ouvert au Conservatoire des Arts et Métiers son cours de chimie industrielle ; il y aura deux leçons par semaine : le lundi et le jeudi soir, à neuf heures. — M. Grandeau, professeur suppléant, a ouvert, mardi dernier, à 7 h. 3/4 du soir, son cours d'agriculture aux Arts et Métiers ; il le continuera les mardis et vendredis soir, et traitera spécialement de « l'agriculture à l'Exposition universelle de 1889 et de l'agriculture dans ses rapports avec le climat, le sol, les débouchés, la population, les capitaux. » — Conférence par M. le Dr George, maître de conférences à l'Institut national agronomique, le dimanche 19 janvier, à 2 heures et demie très précises, sur l'*Hygiène de l'Adolescence*, au Conservatoire des Arts et Métiers. Projections par M. Molteni.

Distinctions honorifiques. — *Ordre du Medjidié.* — Le sultan vient de conférer la 2e classe du Medjidié à M. le Dr Hardy, de l'Académie de médecine de Paris, la 3e classe à M. le Dr A. Fournier (de Paris) et la 4e classe à MM. Calendraux et Josias (de Paris).

Hôpitaux de Marseille. — *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux s'est terminé à l'Hôtel-Dieu, par la nomination de six internes. Ce sont : MM. Bourdillon Jules, Cassoute Emile, Reynès Henri, Belugon Léon, Roux Jules, Garnier. Le jury était composé de MM. les Drs Combalat, président; Nicolas Durenty et Laget, médecins ; Marcorelles et Poncel, chirurgiens ; Gamel et Alezais, suppléants.

Hopitaux de Londres. — *Dons.* — Il y a quelques jours, un don de deux millions et demi de francs, pour la création à Londres d'un hôpital pour les convalescents, a été fait par Peter Reid, ancien négociant de la Cité.

Le sixième centenaire de l'Université de Montpellier.— La ville de Montpellier s'apprête à célébrer, au mois de mai prochain, le sixième centenaire de son Université. La commission chargée d'organiser cette fête se compose de délégués des Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres, de l'Ecole supérieure de pharmacie, de l'Académie des sciences et lettres, de l'Association générale des étudiants; des directeurs des quatre journaux quotidiens locaux, et d'un grand nombre de notabilités. Cette commission a pour présidents d'honneur le maire de Montpellier et le recteur d'Académie. La présence du président de la République est chose à peu près certaine. Des invitations seront adressées à toutes les Universités étrangères.

Montpellier, après Paris et Toulouse, possède la plus ancienne Université de France. C'est l'année dernière, en 1889, qu'aurait du être célébré le sixième centenaire; mais, pour ne pas faire coincider les fêtes avec celles du Centenaire de la Révolution, on les a, d'un commun accord, renvoyées à cette année. Bien que l'existence de l'Université de Montpellier date officiellement de 1289, les recherches des historiens locaux ont démontré qu'il existait à Montpellier une école de médecine et une école de droit vers le milieu du douzième siècle. Ce sont ces divers éléments qu'on érigea en Université le 26 octobre 1289; cette Université comprenait alors les Facultés de droit, de médecine, etc. C'est la première fois, en France, que l'on fêtera l'anniversaire de la fondation d'une Université: mais, comme le disait avec juste raison il y a quelque temps, dans une conférence, M. le Pr Vigié: « Sans remonter à plus de dix années, les Universités de Leyde, d'Upsal, d'Edimbourg, d'Heidelberg et tout récemment l'Université de Bologne, ont fêté les anniversaires de leur fondation, pourquoi la France ne ferait-elle pas ce que les pays étrangers ont fait? »

D'une lettre écrite au *Temps*, nous extrayons les passages suivants qui intéresseront les médecins plus spécialement :

« Au sujet des fêtes du sixième centenaire de l'Université, à Montpellier, permettez-moi, monsieur, d'attirer votre attention sur la part considérable prise par les *Médecins et docteurs* juifs à la fondation de cette université, ainsi qu'à l'enseignement de la médecine dans d'autres villes du midi de la France pendant les douzième et treizième siècles. C'est sous l'influence des Juifs et des Arabes que fut fondée l'université de Montpellier. Au onzième siècle la presque totalité des médecins en France étaient des Juifs. L'école de Narbonne était sous la régence du docteur Rabbi Abou. Arles possédait une école florissante. Au onzième siècle, Rabbi Salomon Ben-Isaac professait et enseignait sur les grandes opérations chirurgicales, l'opération césarienne entre autres. Ben-Kimchi était médecin renommé de l'école de Narbonne. Guillaume, seigneur de Montpellier, autorisa par édit toute personne à professer la médecine à l'Université de cette ville, favorisant particulièrement les Juifs. Profatino, professeur juif, fut nommé régent de la Faculté de Montpellier en 1300. C'était un savant astronome. On sait qu'en 1306 fut rendu un édit bannissant tous les Juifs du sol français. Abba-Mari donne dans son ouvrage des détails navrants au sujet de l'expulsion des Juifs de Montpellier à la tête desquels se trouvaient les professeurs et docteurs de la Faculté. »

Service des aliénés dans le département de la Seine. — M. Bourneville fera, sous ce titre, pour la bibliothèque du Ve arrondissement, une conférence publique et gratuite demain samedi, 18, à 8 heures 1/2 précises, dans la salle des fêtes du Ve arrondissement, sous la présidence de M. Amiable, maire.

L'enseignement des maladies mentales en Roumanie. — En 4e année, il existe un cours obligatoire et les étudiants doivent passer un examen spécial à la fin de cette année ; ils sont toujours interrogés sur l'aliénation mentale, mais seulement à la fin de la 4e année.

Les viandes trichinées devant la justice en Allemagne. — Dans notre dernier numéro, nous avons raconté qu'un charcutier avait été condamné pour vente de viandes trichinées. Voici quelques détails complémentaires fournis par M. Proust au Comité consultatif d'Hygiène de France: Une circulaire a été envoyée à tous les conseillers provinciaux, les invitant à exercer une surveillance active et à faire détruire par la police les animaux contaminés par la trichine. Il serait désirable qu'en France on apportât la même énergie dans l'application des mesures destinées à prévenir les maladies contagieuses.—M. Proust a cité alors un fait qui prouve combien c'est à tort que l'on accuse les services sanitaires en France d'exagérer les quarantaines. C'est ainsi qu'un cas de fièvre jaune s'étant produit à bord d'un navire récemment arrivé à Pauillac, mais la preuve ayant été fournie que le cas remontait à un temps assez long, que le navire était pourvu d'une étuve à désinfection, que les hardes du malade avaient été désinfectées et les locaux assainis, la libre pratique a été accordée.

Le monument du Dr Auzoux. — Nous trouvons, dans un rapport lu dimanche dernier à la Société libre de l'Eure, divers renseignements sur l'état où en est la question de ce monument à la mémoire de l'inventeur de l'anatomie *clastique* qui doit être élevé à Saint-Aubin-d'Ecrosville. De nombreuses souscriptions ont afflué de toutes parts et MM. les Drs Baudre, au Neubourg et Taurin, à Paris, se sont dévoués à les provoquer. Le Conseil général de l'Eure a lui-même tenu à s'associer à cette Société, ainsi que l'empereur du Brésil. On est en droit d'espérer que dans le courant de cette année le monument d'Auzoux, œuvre de M. Decorchemont, statuaire, dont le projet a été adopté, sera achevé grâce aux soins de M. Sauvage, architecte.

Maladies contagieuses (*Déclaration des Cas*).— M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a dit récemment au Comité consultatif d'Hygiène de France que des faits nombreux démontrent chaque jour en France les difficultés d'obtenir bénévolement des médecins la *déclaration des cas de maladies contagieuses*, de celles même qui n'engagent en rien le secret professionnel. C'est ainsi que, dans un arrondissement de Paris, la municipalité a fait installer une étuve à vapeur sous pression mise à la disposition du public. Cette installation a été portée à la connaissance de tous les médecins de la circonscription et plus spécialement des médecins du bureau de bienfaisance, avec prière d'aviser immédiatement la mairie de tous cas de maladie transmissible tombés sous leur observation. Le cas ainsi connu, la municipalité aurait fait faire des démarches auprès des familles pour mettre à leur disposition l'usage de l'étuve et pour prévenir ainsi, dans la mesure du possible, la contagion. Il y a près d'un mois que cet appel a été adressé aux médecins ; deux cas seulement ont été signalés à la mairie, et pas un seul par les médecins du bureau de bienfaisance.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Reguis, républicain, est élu conseiller général de Villeneuve-lès-Avignon.

Médecins députés. — M. le Dr Clament, républicain, vient d'être élu député (Bergerac, 2e circ.), par 6,763 voix contre M. Thirion-Montauban, boulangiste invalidé, qui avait été élu, au premier tour de scrutin, le 22 septembre 1889, par 6,708 voix contre 6,460 données à M. Clament, déjà son concurrent républicain, sur 13,250 votants.

Nouveaux journaux.— Nous recevons le premier numéro d'un nouveau Centralblatt : *Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*, rédigé par le Pr E. Ziegler (de Fribourg), et M. le Dr von Kahlden. Cette belle publication paraîtra tous les quinze jours.

Rectification. — M. le Dr Boisseau du Rocher nous prie d'insérer la rectification suivante : La *pile*, dite à *insufflation*, exposée dans la vitrine de M. Chardin à la galerie des machines, sous le nom de ce fabricant, est en réalité due à M. Boisseau du Rocher. M. Boisseau du Rocher a, d'ailleurs, pris un brevet pour prouver l'antériorité de son idée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SECOURS AUX BLESSÉS. — La Société française de secours aux Blessés militaires a mis à la disposition de l'Assistance publique la tente-baraque qu'elle a fait figurer dans son exposition de l'Esplanade, avec tout le matériel de literie et de lingerie nécessaire pour le service de vingt malades. Ce baraquement est installé à l'hôpital Lariboisière. La Société française de secours aux Blessés militaires a, d'autre part, fait parvenir à nos malades du Tonkin, pour la nouvelle année, 3,000 francs d'objets divers qui leur seront distribués.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 22 janvier, à trois heures et demie. *Ordre du jour* : 1° Allocution de M. Le Dentu, président. 2° Compte rendu des travaux de l'année 1889, par M. Pozzi, secrétaire annuel. 3° Eloge de M. Legouest, par M. Chauvel, secrétaire général. 4° Proclamation des prix pour l'année 1889.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — *Prix.* — Nous rappelons à nos lecteurs que les mémoires présentés à la Société médicale des hôpitaux pour le prix de 1200 francs (alimentation artificielle des jeunes enfants) doivent être envoyés avant le 1er juin 1890, au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, au secrétaire général.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — *Bal.* — Le bal de l'Union des Femmes de France, qui devait avoir lieu le 18 de ce mois, est remis au 26 avril prochain. Les billets déjà délivrés seront valables à la date indiquée.

UN PHÉNOMÈNE. — L'hospice de Lisieux aurait reçu une malade d'une taille de géant. C'est une fille âgée de 13 ans seulement, et mesurant 2 mètres 10 de hauteur. La sœur de cette géante, qui n'est âgée que de dix ans, aurait déjà presque, paraît il, les proportions phénoménales de son aînée. Nous serions heureux d'avoir des renseignements précis sur ce cas et d'abord sur la véracité du fait.

NÉCROLOGIE. — Madame CHAPÉ, professeur du cours départemental d'accouchements à Alger, décédée le 20 décembre 1889. Elève de l'Ecole de Colmar, nommée au concours de 1860 comme professeur adjoint, elle devint professeur titulaire après un nouveau concours ; elle était officier d'académie depuis 1888. — M. le Dr BRESSOT (de Dreux). — M. le Dr ASSIÉ (de Longué). — M. le Dr ALBA (d'Attigueville). — M. le Dr ARÈNES (d'Hyères). — M. le Dr DUFOUR, médecin militaire. — M. le Dr DANÈS, de Saint-Dizier. — M. le Dr LAPSCHINSKI, professeur de pathologie interne et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Varsovie. — M. le Dr PEREYMOND (de Toulon). — M. le Dr Joseph PANETH, privat-docent de physiologie à l'Université de Vienne, âgé de 33 ans, qui vient de succomber à la phtisie pulmonaire ; c'était un élève de Brucke, de Heidenhain et d'Exner. — M. le Dr Jean-P. THALER, professeur d'accouchements à Linz. — M. le Dr Ferd. KUNZE (Vienne). — M. le Dr COLIGNON (d'Huy, Belgique). — M. le Dr BELLEFROID, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, Bruxelles. — M. le Dr Camille BAUREL (de Toul). — M. le Dr BERTHAULT (de Chalon-sur-Saône). — M. le Dr V. GAUTIER (de Genève). — M. le Dr BARTHOLOMÉ (de Fléron). — M. le Dr MACCARI, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Vienne.

PUBLICATION DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE

Professeur : CHARCOT

Notes de cours de MM. BLIN, CHARCOT, Henri COLIN,

Elèves du service.

I. — La première, année 1887-88, un beau volume in-4° de 638 pages, avec nombreuses figures. — Prix : 20 francs. Pour nos abonnés, 16 francs.

TOME II (1888-89). — SOMMAIRE DE LA 18e LEÇON. — 1° Amyotrophie spinale progressive, survenue à l'âge de 34 ans, chez un homme qui, à l'âge de 2 ans, avait été atteint de paralysie spinale infantile : 2° Chez un homme de 24 ans : Epilepsie, Hystérie majeure et Morphinomanie combinées.

SOMMAIRE DE LA 21e LEÇON. — 1er et 2e malades : Cas de syringomyélie gliomateuse. — 3e malade : Simulation hystérique de la syringomyélie.

La table paraîtra vers le 15 janvier. **Cette publication ne sera pas continuée.** Les leçons de M. Charcot, recueillies par M. Guinon, et revues par le professeur, paraîtront, à l'avenir, dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de Neurologie.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1889 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. GOUPY et JOURDAN, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 JANVIER 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Du rôle des Lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien (*fin*) (1);

par le Dr **Paul Poirier**, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

A propos du phlegmon du ligament large. — Les discussions, parfois très ardentes, sur ce point, n'ont pas encore pris fin. Il semble toutefois que le phlegmon essentiel du ligament large ne rencontre plus aujourd'hui grand nombre de partisans. Les travaux de M. A. Guérin n'ont pas peu contribué à ce résultat.

S'il m'est tout à fait impossible de partager les idées de M. A. Guérin sur la structure du ligament large, je n'en suis pas moins convaincu que ce chirurgien s'est fort rapproché de la vérité lorsqu'il a substitué l'adéno-phlegmon juxta-pubien, au phlegmon du ligament large.

Il s'agit bien en effet, à mon avis, dans les cas décrits sous le nom de phlegmons du ligament large, du retentissement d'une lésion utérine dans le système lymphatique de l'organe. Les lymphatiques enflammés peuvent provoquer l'inflammation tout le long de leur trajet et dans les ganglions iliaques auxquels ils aboutissent. Soit une plaie infectée d'un orteil, les ganglions inguinaux se prennent, mais aussi les lymphatiques qui s'y rendent, et l'on voit des traînées rougeâtres, de l'œdème, parfois même des abcès apparaître tout le long du trajet de ces vaisseaux. Quelle raison s'oppose à ce que les mêmes phénomènes se développent après une plaie utérine? Pourquoi ce qui est vrai et nécessaire partout ailleurs dans l'économie, ne l'y serait-il pas dans le système utérin? L'abondance des lymphatiques, la grosseur de leurs troncs, la laxité extrême du tissu cellulaire dans lequel ils cheminent, constituent autant de raisons pour le développement des abcès lymphangitiques et de l'adéno-phlegmon.

Je n'ai jamais rencontré le tissu fibreux très résistant, que M. Guérin appelle la charpente aponévrotique du ligament large, et je ne puis admettre avec lui que le ligament large soit « fermé de toutes parts par des aponévroses que tous les anatomistes connaissent ». J'ai toujours vu, au contraire, que les deux feuillets du ligament large (qui, soit dit en passant, n'ont pas la même hauteur, le postérieur étant plus large et surtout plus haut que l'antérieur), étaient séparables dans la plus grande partie de leur hauteur, et, qu'en d'autres termes, le ligament pouvait être assez facilement dédoublé. En fait, tout le long du bord inférieur et sur tout le bord externe du ligament large, les deux feuillets sont nettement séparés par le tissu cellulo-graisseux qui entoure les vaisseaux utérins tant sanguins que lymphatiques; il en est de même sur le bord utérin du ligament où les sinuosités des vaisseaux utérins et de la grande anastomose lymphatique occupent l'espace prismatique et triangulaire qui sépare les deux feuillets du ligament. Ainsi amorcé sur trois bords, le dédoublement du ligament large s'obtient facilement par le seul effort des doigts, sans le secours d'aucun instrument et sans grande peine. Il n'y a guère qu'au niveau du bord supérieur, là où le ligament se divise en trois ailerons, que le dédoublement ne puisse être complètement obtenu; encore peut-on, sans trop de peine, relever le feuillet antérieur jusqu'au ligament rond, mais le dédoublement de l'aileron de la trompe est plus difficile.

Si l'on ajoute que le tissu cellulaire à larges mailles qui entoure les vaisseaux sanguins et lymphatiques logés dans trois des bords du ligament se prolonge, en s'amincissant, sous forme d'une lame cellulaire, entre les deux feuillets, on voit qu'il ne reste pas grand'chose de la charpente aponévrotique fermant à la suppuration l'entrée des ligaments larges. Et de fait, il n'est point rare de trouver les deux feuillets du ligament séparés par une couche de pus. Donc l'abcès situé entre les deux feuillets du ligament large est possible. Je l'ai pour ma part rencontré un certain nombre de fois, au cours de mes recherches; et ayant lu avec soin les observations de phlegmon du ligament large, j'ai fortifié ma conviction que l'abcès était possible. De beaux exemples en ont été montrés à la Société anatomique par M. Delbet. Seulement, dans tous les cas que j'ai observés, et dans presque tous ceux dont j'ai lu la relation détaillée, j'ai pu m'assurer que la collection purulente occupait surtout l'un des bords du ligament et n'avait envahi celui-ci que consécutivement, par extension, en le dédoublant. Le plus ordinairement la collection purulente a son siège principal sur le bord inférieur du ligament, le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ou sur le bord externe, le long des mêmes vaisseaux ou autour des ganglions lymphatiques situés autour du tronc et des branches de l'hypogastrique; je pense que l'interprétation qu'il faut donner de ces faits est la suivante: autour d'un vaisseau sanguin ou lymphatique (plutôt lymphatique que sanguin) le tissu cellulaire s'enflamme et suppure, et l'abcès s'étend sous le péritoine pelvien ou entre les deux feuillets du ligament large; ou encore l'adéno-phlegmon des ganglions situés à la partie supérieure du bord externe de ce ligament suppure et l'abcès s'étendant dédouble le ligament sur une étendue plus ou moins grande. En d'autres termes, les ligaments larges peuvent être envahis et dédoublés par une inflammation suppurative ayant pris naissance dans les vaisseaux ou dans les ganglions placés le long du bord externe, sur la paroi pelvienne qui occupe l'insterstice de leurs bords, mais ils ne sont point, primitivement, le siège de l'inflammation.

La structure même du ligament s'oppose, en vertu des lois de la pathologie générale, à ce qu'il puisse être primitivement le siège de la suppuration, dans sa partie centrale. Là, en effet, il n'y a que deux feuillets péritonéaux, doublés d'une mince couche musculaire et séparée par une lame fort mince de tissu cellulaire; point de gros vaisseaux sanguins, *point de troncs lymphatiques*, ceux-ci suivant les bords inférieur et supérieur du ligament.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 47, 48, 49, 51, 1889 et n° 3, 1890.

Je me résumerai volontiers en ces termes : des phlegmons et abcès angioleucitiques, consécutifs à une inflammation utérine ou vaginale, se développent parfois dans les bords des ligaments larges qu'ils envahissent sur une plus ou moins grande étendue, mais ils n'occupent jamais, primitivement, la partie centrale de ce ligament ; le terme de phlegmon du ligament large doit disparaitre parce qu'il ne répond pas à une affection autonome.

Je ne saurais accepter sur le phlegmon du ligament large la théorie émise récemment par M. Terrillon à la Société de Chirurgie (séance du 26 décembre 1888) : « Ce phlegmon, dit l'habile chirurgien de la Salpêtrière, est le résultat de l'inflammation primitive des organes qu'entoure le tissu cellulaire du ligament large, c'est-à-dire de la trompe, au même titre que l'épididymite est la cause de l'induration inflammatoire du scrotum. Quant à la suppuration du ligament large, elle est extrêmement rare ; je puis affirmer que les abcès du bassin que j'ai ouverts et enlevés jusqu'à ce jour en assez grand nombre étaient tous situés dans des cavités artificielles environnantes et formées des adhérences péritonéales, il s'agissait alors d'une pelvi-péritonite suppurée. » Toutefois, M. Terrillon concède qu'il n'est pas impossible qu'une suppuration s'établisse dans le tissu cellulaire enflammé, mais que c'est là une exception extrêmement rare qui ne constitue qu'un fait secondaire à la suppuration primitive de la trompe.

Tous les faits que j'ai observés vont à l'encontre de cette opinion. Les abcès angioleucitiques du ligament large, ceux que M. Trélat appelle *foyers de paramétrite purulente* ou *abcès paramétritiques* siègent autour du col de l'utérus, dans la base ou bord pelvien du ligament large ; ils n'ont aucun rapport avec la trompe dont ils restent séparés par toute la hauteur du ligament large ; ils sont consécutifs à une lésion infectieuse du col ; ils sont abordables par l'incision iliaque et la voie sous-péritonéale.

Ces infiltrations œdémateuses, puis purulentes, du tissu cellulaire sous-péritonéal, ayant leur point de départ dans l'inflammation des lymphatiques utérins, s'étendent en avant vers le pubis et la paroi abdominale, en arrière vers le rectum, en dehors vers la fosse iliaque ; à la palpation elles donnent la sensation *de plastron*, dur, régulier. Abandonnées à elles-mêmes, elles deviennent les collections purulentes du bassin, à foyers multiples, s'ouvrant ultérieurement dans le rectum, le vagin, à l'ombilic ou à l'aine.

Les thèses, les mémoires sur les suppurations du petit bassin présentent en grand nombre ces exemples de *cellulite pelvienne*, pour employer le mot actuel. Tous les chirurgiens ont eu l'occasion d'évacuer de ces abcès pelviens par l'incision parallèle à l'arcade de Fallope et en suivant la voie sous-péritonéale.

Tout récemment M. Terrillon a présenté, à la Société anatomique, une pièce dans laquelle l'ovaire et la trompe, renversés en avant et en contact avec la paroi abdominale, donnaient lieu à la sensation de plastron ; et, ayant rencontré cinq fois des faits semblables, il en a conclu que « c'était là une preuve que le plastron abdominal est presque toujours dû à la présence à ce niveau de la trompe ou de l'ovaire entourés par des fausses membranes péritonéales et aussi par l'épiploon qui leur adhère. » Je pense, m'appuyant sur de nombreux examens anatomiques, que ces faits, loin d'être la règle, sont l'exception, et qu'il ne faut pas chercher à la sensation de plastron d'autre cause que cette infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal, remontant le long de la paroi abdominale, que tous les anatomo-pathologistes ont vue et décrite.

Pathogénie des salpingites et des ovarites suppurées. — J'ai indiqué plus haut le rôle probable des lymphatiques utérins dans les inflammations péri-utérines du tissu cellulaire pelvien, et révélé, je crois, un nouveau mode de propagation de ces inflammations au péritoine du petit bassin par l'intermédiaire des lymphatiques du péritoine utérin. Tout récemment la pathogénie des salpingites est venue à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie, à propos d'une communication de M. Routier. Deux théories se sont trouvées en présence : la théorie, généralement admise, d'une propagation de proche en proche, jusqu'à la muqueuse tubaire, d'une inflammation quelconque partie de la muqueuse utérine, a été fort malmenée par M. Lucas-Championnière qui a tenté de lui substituer la théorie d'une lymphangite utérine déterminant secondairement les lésions de la salpingite et de l'ovarite. M. Quénu a scientifiquement combattu pour l'ancienne théorie de la propagation de muqueuse à muqueuse à laquelle MM. Terrier, Terrillon, Trélat et Routier se sont également ralliés. Cependant leurs arguments n'ont point entrainé la conviction de M. Lucas-Championnière qui persiste à trouver enfantine une théorie qui repose cependant sur l'observation et l'anatomie vraie, pour la remplacer par une autre basée sur des erreurs anatomiques (Voir *Fig.* 30).

« Sur les femmes en couches, dit M. Lucas-Championnière (Société de Chirurgie, séance du 2 janvier), il existe des réseaux de volumineux

Fig. 30. — *Vaisseaux lymphatiques de l'utérus.* — 1. Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus. — 2. Ovaire. — 3. Vagin. — 4. Trompe. — 5. Lymphatiques venant du col utérin. — 6. Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques. — 7. Vaisseaux lymphatiques, venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires. — 8. Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin. — 9. Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux. — 10, 11. Vaisseaux lymphatiques de la trompe allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques, nés du corps utérin. — 12. Ligament de l'ovaire.

lymphatiques qui, nés dans la région du col, viennent ramper sur le pourtour de la trompe et s'abouchent à ce niveau avec des vaisseaux provenant de l'ovaire. »

J'ai suffisamment décrit et figuré le trajet des lymphatiques partis du col utérin pour qu'il ne puisse subsister aucun doute sur leur trajet. Or, il est facile de voir qu'aucun d'eux n'affecte le trajet que M. Lucas-Championnière leur fait suivre; ils suivent la base du ligament large pour aller aux ganglions iliaques. Je ne pense pas que la grossesse modifie le nombre ou le trajet des gros troncs lymphatiques venus du col ou du fond de l'utérus; nous en avons d'ailleurs pour garant l'admirable planche dans laquelle Mascagni montre que ces vaisseaux restent, pendant la grossesse, ce qu'ils sont en dehors de l'état de gestation.

Ces lymphatiques s'anastomosent, il est vrai, avec les troncs lymphatiques venus du corps et du fond de l'utérus; mais ces derniers eux-mêmes se tiennent à distance de la trompe puisqu'ils suivent la base de l'aileron ovarien. Fait intéressant à noter: les lésions de la salpingite prédominent ou paraissent prédominer sur la partie la plus large du conduit tubaire; or, au niveau de l'angle utérin, au moment où les troncs supérieurs se dégagent de l'utérus, ils sont au contact de la trompe qui prend aussi son origine à l'angle utérin; plus loin ces lymphatiques sont séparés du reste de la trompe par toute la hauteur de l'aileron moyen; et c'est précisément cette dernière partie de la trompe, la plus éloignée des gros troncs lymphatiques, qui s'emflammerait à l'exclusion de la partie rétrécie, la plus rapprochée des mêmes lymphatiques.

Je pense que M. Lucas-Championnière est encore dans l'erreur lorsqu'il parle de « l'abouchement à plein canal » des lymphatiques utérins et ovariens au niveau du plexus sous-ovarique. Je n'ai jamais rien vu de tel et j'ai dit plus haut à quel point, très éloigné de l'ovaire, s'établissait cette communication.

On peut aussi affirmer que si ces gros troncs lymphatiques étaient la voie d'infection des ovaro-salpingites purulentes, on n'observerait point celles-ci sans observer concomitamment l'adénite suppurée des ganglions lombaires qui reçoivent directement la lymphe des troncs utérins supérieurs; or, je ne connais aucun cas dans lequel pareille complication ait été signalée. Force est donc, à mon sens, et en l'état actuel de nos connaissances anatomiques, de conclure en faveur de la théorie muqueuse, au moins pour un certain nombre de cas. Si les lymphatiques jouent un rôle dans la transmission à la trompe des inflammations utérines (ce qui est certainement vrai pour une autre catégorie de salpingites), ce n'est certes pas par le voisinage des gros troncs lymphatiques qui restent à distance de la trompe, mais bien par ce fait que les petits troncs lymphatiques venus de la trompe se rendent dans les gros troncs nés de la partie supérieure de l'utérus. (Voir *Figure* 30. Peut-être, j'allais dire sans doute, lorsque le réseau des lymphatiques du péritoine utérin sera mieux connu, devra-t-on lui accorder un rôle important dans la pathogénie de ces salpingites.

Ovarites suppurées. — J'ai donné plus haut les raisons pour lesquelles il me paraît impossible d'admettre que les inflammations utérines se propagent à la trompe par le fait du voisinage de celle-ci avec les gros troncs lymphatiques utérins: la principale de ces raisons est que la trompe reste toujours à 2 ou 3 centimètres de ces gros troncs, distance suffisante pour que la salpingite par contact avec des lymphatiques utérins enflammés soit difficilement admissible.

Pour l'ovaire, les conditions sont bien différentes; en effet, que l'on regarde la *Figure* 30 et l'on verra que les gros troncs lymphatiques venus du fond de l'utérus passent au-dessous du bord adhérent de l'ovaire et sont *en contact* avec les lymphatiques énormes qui sortent de cet organe; tous les auteurs ajoutent que les lymphatiques utérins et ovariens s'anastomosent largement à ce niveau. Je ne pense pas que ces anastomoses, que tous disent si larges, existent en ce point; ayant toujours vu le mercure filer dans les lymphatiques utérins sans gagner le plexus ovarien et ne pénétrer les lymphatiques ovariens qu'au niveau de l'anastomose lombaire que j'ai longuement décrite parce qu'elle est constante. Cependant, je ne voudrais pas nier d'une façon absolue que cette anastomose au niveau du bord adhérent de l'ovaire puisse exister dans quelques cas; je dis seulement que je ne l'ai jamais vue, bien que mes recherches aient porté sur un très grand nombre de sujets. La chose, d'ailleurs, n'est pas, au point de vue qui nous préoccupe, d'une grande importance: lymphatiques utérins et ovariens sont au contact à ce niveau et l'on comprend qu'une inflammation puisse se propager des premiers aux seconds à travers la paroi fort mince des vaisseaux contigus.

Cette théorie est fort séduisante; elle rendrait compte de ces cas si nombreux dans lesquels, à la suite d'une infection utérine, puerpérale d'ordinaire, l'ovaire suppure et se transforme en une véritable coque purulente, alors que la trompe reste indemne de toute altération. Tous les chirurgiens ont opéré de ces cas dans lesquels une trompe saine, ou à peine rougeâtre, s'enroule autour d'un ovaire en suppuration.

Cependant deux objections se présentent : si les gros troncs lymphatiques qui côtoient l'ovaire, contigus aux lymphatiques propres de l'organe, sont la voie de propagation de ces inflammations suppuratives, comment se fait-il que l'on n'observe qu'à titre d'exception très rare la suppuration des ganglions lombaires dans lesquels ces lymphatiques se rendent. Ces ganglions devraient suppurer avant l'ovaire puisqu'ils reçoivent directement la lymphe infectée.

Et puis, ce que l'on trouve dans ces cas, ce n'est point une suppuration dans le bord adhérent de l'ovaire, ni dans son cordon, là où sont les lymphatiques si nombreux et si gros de l'organe, ainsi qu'il arriverait si du pus avait été versé par contact ou par anastomose dans ces lymphatiques; ce que l'on trouve, c'est un ovaire transformé en coque purulente épaisse, *adhérent*, formant une tumeur arrondie que l'on a beaucoup de peine à dégager et qui crève parfois au cours de l'opération. Qui donc a observé concomitamment l'adénophlegmon lombaire? Serait-il passé inaperçu, par défaut de recherches? Point, car la plupart des opérées ont guéri sans complication. Ajoutons encore que ces ovarites suppurées ne se développent souvent que très longtemps après l'infection utérine.

Lorsqu'une infection utérine se propage par les lymphatiques, les lymphatiques utérins sont les premiers pris, et sur tout leur trajet; on trouve du pus tout le long de ces lymphatiques et dans les ganglions auxquels ils se rendent. Pourquoi un arrêt dans l'ovaire qui n'est pas sur leur trajet direct?

Je crois que ces objections, que je pourrais développer, ne seront pas trouvées sans valeur et qu'il convient de réfléchir avant d'admettre la théorie, très séduisante

*

d'ailleurs, de la propagation à l'ovaire des inflammations utérines par les gros troncs lymphatiques.

Le rôle, que ne remplissent pas les gros troncs lymphatiques utérins, peut-il être joué par les lymphatiques péritonéaux ou par les lymphatiques si nombreux des adhérences qui entourent et fixent l'ovaire ? Je ne sais pas. Peut-être aussi les adhérences n'agissent-elles qu'en fixant l'ovaire et la trompe dans des positions anormales, empêchant le fonctionnement de l'organe, altérant sa constitution anatomique et le prédisposant ainsi à la réception d'un germe infectieux.

Ayant beaucoup étudié le système lymphatique des organes génitaux de la femme, j'ai pu rectifier un certain nombre d'erreurs et signaler quelques faits nouveaux. Je pense que les lésions de ce système dominent la pathogénie de la plupart des affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes parmi lesquelles je comprends le péritoine utérin. Dans ces affections, il en est dont la pathogénie peut être rationnellement et anatomiquement expliquée : tels les phlegmons et abcès péri-utérins, les adéno-phlegmons iliaques et lombaires, et la pelvi-péritonite. Mais il en est d'autres dont le mode pathogénique, plus complexe, nous échappe encore. Trancher une question, n'est pas la résoudre. La lumière se fera lorsque, mieux instruits des faits de l'anatomie exacte, nous aurons recueilli et analysé un nombre suffisant de bonnes observations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Limite d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur.

Sous ce titre « *Brown-Séquardisme* », *The provincial medical Journal* du 1er janvier publie l'article suivant :

« La réclame qu'on a faite des expériences de Brown-Séquard fait supposer que la méthode a reçu l'approbation des hommes de la profession. Cette supposition est loin de la vérité, nous assure-t-on, et il n'y a qu'une opinion à ce sujet parmi le monde scientifique français.

« Un Allemand a expliqué très habilement la situation, quand il s'écrie : « Tous les professeurs devraient prendre leur retraite à 70 ans, et Brown-Séquard a 72 ans ! »

« Les expériences tentées en Amérique ont donné des résultats désastreux et ont cessé maintenant. Dans ce cas, même l'autorité d'un éminent physiologiste n'a pas été assez puissante pour influencer la pratique médicale, et c'est grâce au crédit de la profession en Angleterre que le système est mort-né. On ne construira pas à Londres un Institut Brown-Séquard. »

Cet article est court, mais très instructif. « Tous les professeurs, y lisons-nous, devraient prendre leur retraite à 70 ans. » C'est la thèse que nous avons toujours soutenue. En cela, nous n'avons été guidé que par l'intérêt supérieur de la science française et le véritable respect qui est dû aux hommes qui l'illustrent ou l'ont illustrée. Nous n'avons jamais oublié les rires et les plaisanteries qui accueillaient les réflexions plus que bizarres faites par M. Cruveilhier, encore professeur et président perpétuel de la Société anatomique, lorsque, en présence du foie, des reins et de l'estomac d'un malade, il demandait ce qu'était devenu le malheureux. Nous nous rappelons aussi son auditoire composé de 5 ou 6 personnes. Nous en étions profondément affligé, sachant que cet homme était l'une des illustrations de la médecine française. Le cas de M. Brown-Séquard n'est pas moins attristant.

Nous persistons donc à réclamer l'application stricte de la limite d'âge. Nous ne réclamons pas d'effet rétroactif ; nous acceptons très bien, malgré l'exemple de M. Brown-Séquard, que les membres *actuels* de l'Institut jouissent des prérogatives qui leur ont été accordées de conserver leur chaire jusqu'à 75 ans. Nous acceptons également que les professeurs *actuels*, qui ne sont pas membres de l'Institut, restent dans leurs chaires jusqu'à 70 ans.

Ce que nous demandons *pour l'avenir*, c'est que les professeurs de l'enseignement supérieur, qu'il s'agisse de la médecine, des sciences, des lettres ou du droit soient mis à la retraite à l'âge de 65 ans, comme le sont les médecins des hôpitaux, comme le sont d'autres fonctionnaires de l'Etat, par exemple les officiers supérieurs.

Que M. le Ministre de l'Intérieur se fasse renseigner exactement sur la façon dont les professeurs âgés de plus de 65 ans font leur enseignement, et nous avons la conviction qu'il y puisera des arguments en faveur de la thèse que nous soutenons. B.

Les Internes Docteurs.

Les journaux politiques continuent à s'occuper de la question des *Internes Docteurs*. Cette semaine, l'*Evénement* et l'*Echo de Paris*, entre autres, ont soutenu la même opinion que nous. En plus des arguments que nous avons invoqués à maintes reprises, nous ajouterons le suivant : Les règlements concernant les internes des Asiles d'aliénés du département de la Seine, nommés au concours, disent textuellement ceci : « Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt sa nomination. » Cette pratique existe depuis que le Conseil général de la Seine a institué ce concours, c'est-à-dire depuis 1880. Jusqu'à ce jour, à notre connaissance, il n'est résulté aucun inconvénient, ni pour les chefs de service, ni pour les malades, de cette liberté accordée aux internes. Nous sommes persuadé qu'il en serait de même pour les internes des hôpitaux. C'est à l'Administration, nous le répétons, qu'il appartient de rappeler chacun à son devoir. B.

REMÈDES ET RÉGIE. — La 8e Chambre vient de rendre un jugement décidant que « les remèdes, même à base d'alcool ou de vin, ne sont pas assujettis aux droits, pourvu qu'ils soient exclusivement médicamenteux ; et alors même que ce remède (en l'espèce, il s'agissait de la teinture d'oranges amères) pourrait être utilisé pour la fabrication de certaines liqueurs ». L'article 4 de la loi du 28 février 1872, fait observer le tribunal, ne concerne pas les préparations alcooliques, quand elles ont pour résultat un médicament, et n'a trait qu'à l'alcool utilisé pour la confection des produits industriels après dénaturalisation. L'expression « boissons » employée dans l'article 1er de la loi de 1816, ne comprend que les boissons destinées à l'alimentation usuelle.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — La 218e livraison de la *Grande Encyclopédie* vient de paraître ; elle contient plusieurs articles de chirurgie et de médecine importants : *Cataracte*, par M. le Dr PIÉCHAUD ; *Catarrhe*, par le Dr THOMAS ; *Cathétérisme*, par le Dr PETIT. Nous apprenons qu'à partir du 31 mai 1890, la Grande Encyclopédie, dont le 9e volume s'achève, publiera trois volumes par an, au lieu de deux. C'est une amélioration notable dans cette publication qui pourra être ainsi terminée beaucoup plus tôt que ses nombreux souscripteurs n'y comptaient. Nous pensons qu'ils recevront cette nouvelle avec plaisir. Une livraison-spécimen est envoyée contre 1 franc en timbres-poste. H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUSS.

M. LABORDE présente, au nom de M. VERDIN, constructeur, un *Tambour inscripteur*, qui est modifié de façon à pouvoir s'appliquer sans tâtonnements sur le cylindre enregistreur; et un *Asthésiomètre à compas et à curseur* auquel est adapté un dynamomètre, qui donne exactement, en chiffres, la pression employée au moment où le sujet en expérience sent les pointes de l'instrument. On peut ainsi avoir une pression constante. L'idée de cet appareil appartient à M. MENDELSSOHN.

M. QUINQUAUD. — Depuis quelque temps je me suis occupé d'expériences relatives à *la capacité respiratoire des tissus*. On connaît sur cette question les travaux de Spallanzani, Cl. Bernard, Paul Bert, etc. Ces observateurs ont en général négligé d'assurer une constante température dans leurs expériences, et surtout d'antiseptiser les tissus et les milieux. Il en résulte des interprétations erronées. Je me suis préoccupé, au contraire, d'assurer l'asepsie et j'ai pu garder ainsi des tissus en expérience pendant un mois. Voici les résultats obtenus : le muscle, par 100 grammes, en 3 heures de temps, la température étant constante, absorbe 23 c. c. 3 d'oxigène, le cœur 21, le testicule 16, le cerveau 12, le rein 10, la rate 8, le poumon 7 1/2, le tissu adipeux 6, l'os 5, le sang 1. Ces expériences ont été répétées un grand nombre de fois, et on peut en tirer quelques conclusions importantes. Le muscle est, en effet, le tissu qui absorbe le plus d'oxigène ; le cœur, qui travaille constamment, en absorbe toujours moins, ce qui est un résultat assez curieux. Le sang absorbe très peu ; les expériences d'Urbain et Mathieu, qui indiquent pour le sang un grand pouvoir d'absorption, sont inexactes, car le sang employé contenait, au bout de très peu de temps, des bactéries aérobies. Dans le sang lui-même, les combustions sont donc très minimes, très légères ; il porte l'oxygène aux tissus, mais il ne l'absorbe pas lui-même : c'est là un résultat maintenant acquis. Les tissus pris frais, par exemple le muscle, ont à ce moment leur maximum d'absorption ; plus tard, la quantité d'oxygène absorbée diminue et ne remonte pas, si la putréfaction ne s'empare pas du muscle. Ainsi la réascension de la couche d'absorption d'oxygène est caractéristique du manque d'antisepsie dans l'expérience ; ce n'est donc plus la respiration élémentaire du tissu que l'on observe, comme l'a déjà fait remarquer Hermann. Dans les lésions nerveuses, dans l'hypothermie et dans d'autres états, on observe une diminution très notable de la capacité respiratoire du muscle ; il y a là le point de départ d'une série de recherches nouvelles en pathologie.

M. GIARD dépose une note de M. COLLIN (de Lille), sur l'*action de la nicotine sur le cœur* et les vaisseaux. Elle exagère les battements du cœur en agissant non seulement sur les nerfs accélérateurs, mais sur le cœur lui-même.

M. FABRE-DOMERGUE décrit un *Parasite de la cavité des Annélides*. Cet être, impossible à classer actuellement, rappelle un parasite semblable décrit par M. Moniez ; il se rapproche des Myxosporidies.

M. GIARD. — La sécrétion de la glande qui forme la coque de l'œuf chez les Crustacés, tels que les cypris. les Daphnis, fournit des masses amorphes, étalées, qui ressemblent beaucoup à ce que M. Moniez a décrit comme un individu distinct et lui est peut-être identique. En sorte que les productions décrites par M. Domergue ne doivent pas lui être assimilées.

MM. ROGER et CHARRIN ont cherché à déterminer le *rôle du surmenage dans la réceptivité pour les maladies infectieuses*. Ils se sont servis, pour cela, d'un appareil construit sur le principe de la cage à écureuils vulgaire, et dans lequel les animaux sont forcés de marcher et de tourner toujours. Les lapins et les cobayes ne peuvent être employés, car ils meurent, dans cette cage, avec des accidents vertigineux. Les rats blancs conviennent parfaitement au contraire. Voici comment on procède. On inocule à 20 rats une culture atténuée de charbon, ou le charbon symptomatique en nature, qui ne tue pas, d'ordinaire, ces animaux. Dix rats sont réservés comme témoins, les dix autres sont introduits pendant plusieurs heures dans l'appareil. Si c'est le charbon qu'on a injecté, les dix animaux fatigués succombent. Avec le charbon symptomatique, il en succombe 7 sur 10. Le surmenage musculaire accroît donc beaucoup la réceptivité.

M. STRAUS dépose une note de MM. BOINET et BORRELL sur *les cellules géantes de la lèpre*. Ces auteurs ont étudié la lèpre sur des sujets venant du Tonkin; les fragments de peau étaient enlevés sur le vivant. Ils concluent de leurs recherches que les éléments désignés sous le nom de cellules géantes ou cellules lépreuses n'ont aucun pouvoir phagocytaire. Alex. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. TERRILLON rapporte l'histoire d'un homme qu'il a présenté, en 1888, à l'Académie, auquel il a fait une *gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage* et qui est maintenant guéri. Après avoir été alimenté à l'aide d'un appareil spécial pendant assez longtemps, on put enfin passer une fine bougie dans l'œsophage et, à partir de ce moment, la dilatation marcha rapidement. Six semaines après l'alimentation était normale. Restait la fistule que par deux fois on opéra pour l'oblitérer, et qui est réduite aujourd'hui à un tout petit pertuis auquel un bandage compressif suffit. La santé de cet homme est aujourd'hui excellente.

M. CHAUVEL communique deux faits de *Carie costale consécutive à des abcès du foie*. Dans les deux cas le contact prolongé d'un pus abondant, irritant, fétide, explique l'inflammation et la carie des os. Les parties profondes du trajet et le foyer hépatique s'étaient cicatrisés, mais la lésion osseuse avait maintenu plus longtemps la fistule dans la partie antérieure du canal d'évacuation. L'indication, dans ces cas, est d'exciser le trajet fistuleux, de gratter les parois de la cavité, d'enlever les portions osseuses malades. Quelquefois la résection d'une côte est nécessaire.

Suite de la discussion sur la prophylaxie de la Tuberculose.

M. LABORDE rappelle que ce sont MM. Malassez et Vignal qui les premiers, après la découverte de Koch, ont étudié et montré la propriété infectieuse des crachats.

M. GERMAIN SÉE fait observer que ces travaux datent de 1883 et que ceux de Koch, déjà très exploités sur ce point, sont de 1882.

M. VERNEUIL pense qu'il est puéril et coupable de dissimuler le danger de la contagion pour ne pas effrayer le public, comme le craint M. Hardy. D'autre part il est impossible de restreindre les mesures prophylactiques aux seuls crachats, comme le veut M. G. Sée, car la salive, les déjections alvines de sujets atteints d'entérite tuberculeuse, les urines de sujets atteints de tuberculose vésicale ou rénale, sont également dangereuses. La contagion par crachats est la plus faible et ne saurait en effet être invoquée pour les tuberculoses chirurgicales. Il faut donc voter les conclusions de la commission.

M. LÉON COLIN pense également qu'il faut les voter, car elles visent surtout le danger des excrétions et des crachats et n'ont rien d'attentatoire à la liberté individuelle. Refuser de les voter ce serait donner à entendre qu'on ne croit plus guère à la contagion de la tuberculose. Le danger cependant augmente chaque jour, ainsi que le prouve le nombre de plus en plus grand de jeunes gens réformés ou renvoyés de l'armée pour tuberculose. Toutes les col-

lectivités. comme l'armée elle-même, doivent donc être soumises à des mesures d'hygiène qui doivent avoir évidemment un caractère général. Il souhaiterait que la commission ajoutât un article pour indiquer le danger de l'air confiné.

M. le Président donne lecture, la discussion générale étant close, des deux propositions faites par M. Hardy et M. Jaccoud, dans la dernière séance.

M. Hardy fait observer que ces deux propositions sont presque identiques et ont pour but de faire renoncer l'Académie à la publicité de ses instructions. S'il croyait que sa proposition eût pu blesser ses collègues de la commission, il la retirerait.

M. Villemin pense que l'Académie, en nommant une commission pour examiner la question de la prophylaxie de la tuberculose, a montré qu'elle se l'appropriait. Refuser de passer au vote des conclusions, comme le propose M. Hardy, est évidemment blessant pour la commission. C'était au moment de nommer la commission pour l'examen des propositions du Congrès qu'il fallait se prononcer pour le rejet. La commission, aujourd'hui, en présence de la situation qui lui est faite, a prié de déclarer qu'elle retire de la discussion le rapport qui a été présenté.

M. Léon Le Fort pense qu'il y a eu malentendu. Ne pas vouloir de publicité et de vulgarisation ne signifie pas qu'on désapprouve et qu'on trouve mauvais le travail de la commission.

M. Verneuil rappelle, qu'en 1871, a été discutée la question du danger des blessures chez les alcooliques et que l'Académie ne s'est pas cru déshonorée en laissant afficher, chez tous les marchands de vin, les instructions qu'elle avait rédigées. Si on approuve nos conclusions, il faut le dire et ne pas nous reprocher d'avoir fait une œuvre banale.

M. Trélat croit que tout le monde est d'accord pour accepter les conclusions de la commission et que l'Académie ne peut pas se montrer impuissante à conclure, sans que les administrations ne se croient autorisées à rejeter toute réforme hygiénique, en se basant sur ce désaccord.

M. Bergeron propose une nouvelle conclusion : L'Académie juge qu'elle ne peut se désintéresser de la question ; on peut approuver les conclusions de la commission, en général, sans les voter dans leur ensemble. Il serait regrettable que cette discussion se terminât par l'invention d'un crachoir à eau ; et il serait peut-être suffisant de donner des instructions aux médecins. Quant à la publicité, on peut juger de son utilité par celle des instructions contre l'alcoolisme. Voici sa proposition : « La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe, agent de la contagion, réside dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phtisiques et le pus des plaies tuberculeuses. Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste donc à détruire les crachats et le pus avant leur dessication, par l'eau ou par le feu. »

M. Nocard observe que le lait est très dangereux.

M. Trélat demande le renvoi de la proposition de M. Bergeron à la commission.

M. Le Fort appuie cette proposition.

Le renvoi de la proposition de M. Bergeron à la commission est adopté.

M. Robin lit, au nom de M. Renaut (de Lyon), un mémoire sur la *fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse*. L'annulation des fonctions rénales n'est pas due à la diminution du nombre de glomérules qui sont atteints, dans les néphrites, en nombre beaucoup moindre qu'on ne croit. Cela tient à une lésion peu décrite, mais très fréquente, l'œdème anémique. A cause de la disposition périlobulaire du tissu conjonctif, le liquide exsudé s'accumule au centre des lobules, le long des rayons médullaires, autour des artérioles afférentes des glomérules. Il arrive à une pression qui aplatit les vaisseaux sanguins et, dès lors les glomérules, sains ou non, ne reçoivent presque plus de sang. La sécrétion s'arrête net, et si le processus est généralisé, l'urémie se produit. Le sang, incapable de circuler dans l'écorce, distend et remplit alors la surface de l'organe sous-jacente à la capsule fibreuse, suit aussi les veines droites des pyramides et injecte les capillaires veineux des bassinets. A ce niveau, il a reconnu que la circulation veineuse rénale communique avec celle de l'atmosphère adipeuse et, par l'intermédiaire de celle-ci, avec les réseaux sanguins sous-cutanés du triangle de J.-L. Petit.

On peut donc agir au moyen de saignées locales dans les cas d'urémie comateuse. Dans les cas de néphrite chronique la principale indication doit consister dans une alimentation lacto-végétale mitigée d'ingestions d'œufs et de viande, qui, comme celle de porc, laisse peu de résidus toxiques. C'est l'accumulation de ces résidus qui finit en effet par fermer complètement le rein s'il est incapable de les éliminer. On a vu quelquefois des reins, momentanément annulés par une poussée d'urémie, être assez perméables à la suite pour donner des décharges d'urée énormes, de 49 à 57 gr. en 24 heures.

En outre, il faut décongestionner le rein par l'application bi-quotidienne de ventouses sèches au niveau du triangle de J.-L. Petit et aussi par des sangsues. Dans le cas d'urémie, la saignée générale, puis la saignée locale à l'aide de six sangsues de chaque côté, puis trois chaque jour jusqu'à ce que l'anurie cesse.

En outre, il faut élever la tension intra-vasculaire au moyen de boissons, de lait ou d'eau pure ; cette dernière en lavements de 250 gr. toutes les deux ou trois heures, après un lavement purgatif. Enfin, inhalations presque continues d'oxygène. Paul Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

M. le Président, dans son discours de clôture, rappelle quel a été le rôle de la *Société de Chirurgie* en l'année 1889. Il insiste à dessein sur cette date fameuse, anniversaire du Centenaire de 1789 ; puis, en quelques phrases, indique la tendance actuelle des chirurgiens français. Il est heureux de voir qu'ils n'abandonnent pas les antiques traditions et que la Chirurgie de France reste toujours celle des indications et des contre-indications. Après avoir insisté sur cette caractéristique, qu'il résume d'un trait heureux en appelant ses collègues les Régulateurs de la Chirurgie moderne, il a un mot aimable pour tous les nouveaux membres, un mot ému pour ceux que la mort a ravis cette année à la Société.

M. le secrétaire annuel, M. le Dr Pozzi, dans un spirituel discours, lit un intéressant résumé des principaux travaux qui ont occupé cette année la Société de Chirurgie. Il fait remarquer l'extension croissante du domaine chirurgical en gynécologie et termine en souhaitant que bientôt la Société tienne ses séances en un local digne de l'importance des questions qui y sont discutées. — Espérons qu'il se trouvera un Vanderbilt français pour exaucer des vœux aussi finement déguisés.

M. le secrétaire général fait l'éloge de M. le Professeur Legouest, médecin militaire, ancien président de la Société.

M. le Président annonce quels sont les lauréats de la Société pour 1889. *Prix Duval :* M. le Dr Carlier (Lille), pour sa thèse sur le *Doigt à ressort*. — *Prix Gerdy :* M. le Dr Delbet (Paris), pour un mémoire sur les *Suppurations du petit bassin*. — *Prix Laborie :* pas de prix. Une mention honorable à M. le Dr Boeckel (Strasbourg), pour un travail sur les *Kystes du pancréas*, avec 600 fr. ; — à M. le Dr L.-H. Petit, pour un travail sur la *Rupture du biceps*, avec 400 fr. ; — à M. le Dr Schmidt, pour un travail sur l'*Ostéome de la cuisse des cavaliers*, avec 200 fr.

Prix pour 1890. — Les *Prix Duval* et *Laborie* seront décernés (Voir *Numéro des Etudiants*, 1889).

Prix pour 1891.— Les Prix *Duval, Laborie, Ricord, Gerdy,* et *Demarquay* seront distribués. M. B.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 7 Janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. PARINAUD.

M. CHAUVEL, en quittant le fauteuil de la présidence, adresse à la Société ses remerciements.

M. PARINAUD, président pour l'année 1890, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Je suis profondément touché de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société d'Ophtalmologie, et je vous en remercie sincèrement. Cet honneur me rend d'autant plus confus que d'anciens maitres, qui siègent parmi nous, en eussent été beaucoup plus dignes. Mais notre Société a surtout été créée dans le but de grouper la nouvelle génération d'oculistes parmi lesquels je suis déjà un vétéran. C'est là sans doute ce qui explique votre choix. A cette phalange toujours plus nombreuse de jeunes ophtalmologistes incombe le devoir et revient l'honneur de continuer l'œuvre de nos prédécesseurs et de nos maitres Cette œuvre, Messieurs, vous la connaissez et vous savez qu'elle n'est pas sans gloire. Vous savez que l'ophtalmologie française où figurent les noms de Sichel, de Desmarres et de Giraud-Teulon, sans parler des maitres vivants, a pris naissance et s'est développée presque exclusivement par l'initiative privée. Dans le mouvement scientifique qui s'est produit vers le milieu de ce siècle, sous l'impulsion d'Helmholtz, de Donders et de V. Graefe, si la France a su garder son rang et conserver avec honneur les traditions de notre science, il est connu de tous que le mérite n'en revient pas à l'Université! Si actuellement Paris et presque toutes les villes de France ont des oculistes de valeur, c'est surtout grâce à l'enseignement libre. Si des malades, qui se chiffrent par centaines de mille, reçoivent dans nos cliniques les soins gratuits au vrai sens du mot, car les contribuables n'ont pas à supporter les charges de cette bienfaisance, c'est à l'initiative privée qu'on le doit. Ce double résultat scientifique et humanitaire mérite d'autant mieux d'être signalé que notre pays n'est pas précisément celui où l'initiative privée trouve le plus d'encouragement. A côté de l'Ophtalmologie libre existe maintenant une Ophtalmologie officielle. Notre patriotisme ne peut que s'en réjouir, et loin de voir son développement d'un œil jaloux, vous avez, ici comme ailleurs, Messieurs, témoigné de votre déférence pour ses représentants ou les hommes de vos suffrages. Mon honorable prédécesseur occupe dignement la première chaire qui, à Paris, ait été créée pour notre spécialité, et je me plais à rappeler que cet honneur revient à l'École du Val-de-Grâce. Après avoir été longtemps l'objet d'une certaine indifférence, l'Ophtalmologie est donc actuellement, en France, en pleine prospérité. Mais il faut qu'à cette prospérité matérielle réponde un développement scientifique. Notre Société a pour but d'y contribuer et elle a déjà montré qu'elle ne faillirait pas à sa tâche. Elle a aussi, comme l'indiquent ses statuts, un but moral. Elle doit développer chez ses membres les rapports de bonne confraternité et entretenir chez eux le sentiment de la dignité professionnelle que la lutte pour l'existence, aujourd'hui si ardente, tend à obscurcir dans toutes les branches de la vie sociale. Ne perdons pas de vue, Messieurs, cette double mission, et travaillons ensemble à faire prospérer et à faire estimer la Société d'Ophtalmologie.

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. le Dr JAVAL.

M. VALUDE présente, au nom de M. le Dr LEPLAT (de Liège), candidat au titre de correspondant étranger, un *instrument destiné à déterminer l'axe des verres cylindriques.*

Epithélioma de la cornée.

M. GALEZOWSKI. — Les premiers symptômes de l'épithélioma de la cornée se manifestent par une rougeur périkératique s'accompagnant de peu de douleurs ; on voit ensuite à la surface de la cornée quelques irrégularités, mais le tissu propre de cette membrane ne s'altère le plus souvent qu'après plusieurs mois et même plusieurs années. La tumeur devient inégale, bosselée, et ne tarde pas à amener du gonflement des paupières. Quelquefois elle pénètre jusque dans la chambre antérieure. La marche envahissante de cette affection est telle qu'elle peut détruire tout le globe oculaire. Dans ces conditions de développement, la cornée s'épaissit par hypertrophie de son tissu interstitiel. M. Galezowski recommande surtout l'emploi du galvanocautère pour l'ablation de cette tumeur. Dans plusieurs cas, où l'incision à l'aide du bistouri avait échoué, l'application du galvanocautère a empêché la récidive.

M. VALUDE. — La communication de M. Galezowski contient des faits déjà connus. Il serait intéressant d'avoir des renseignements précis sur cette hypertrophie fibrillaire qui a été la conséquence de l'épithélioma.

M. DUBOYS DE LA VIGERIE. — J'ai publié un cas de ce genre où l'opération a été faite avec le bistouri sans récidive.

M. GALEZOWSKI. — Certainement, je crois qu'il y a des cas dans lesquels l'opération faite avec le bistouri a été suivi de guérison complète. Mais je prétends que les chances de récidives sont plus nombreuses. Sans doute, ce procédé n'est pas nouveau, mais je pense qu'il y a plus d'intérêt à faire connaitre les résultats obtenus par de bonnes méthodes anciennes que d'en créer de nouvelles destinées à tomber de suite dans l'oubli.

Parésie du muscle droit externe chez un malade affecté d'otite chronique.

M. GUTTIEREZ POUCE cite l'observation d'un enfant atteint d'otite chronique qui, quelques jours après avoir fait une chute sur l'occiput, accusa de la diplopie. Celle-ci était homonyme et se montrait dans la direction de l'œil droit. On se trouvait donc en présence d'une lésion de la sixième paire droite. L'otorrhée existait aussi du côté droit. Grâce aux rapports intimes qu'affecte la sixième paire avec le rocher, il y avait lieu de se demander si l'otite dont souffrait ce garçon n'avait pas été la cause première de cette paralysie. Sous l'influence du traitement de l'otite et de quelques séances d'électrisation, M. Guttierez obtint une guérison complète.

M. CHEVALLEREAU fait remarquer qu'il existe un point commun à toutes les paralysies traumatiques, c'est leur état stationnaire, l'absence de guérison. Il croit donc que, dans le cas actuel, il s'agit bien d'une paralysie provenant de l'otite, et non d'une paralysie traumatique.

Subluxation du globe de l'œil gauche dans le mouvement du regard en bas. Exophtalmie légère.

M. CHIBRET rapporte le cas d'un enfant de huit ans chez lequel une subluxation de l'œil droit s'est produite brusquement au moment où l'enfant se baissait en jouant. Il avait la coqueluche. La subluxation se produit le plus souvent spontanément dans le mouvement du regard en bas. Quelquefois le concours de la pression digitale est nécessaire pour obtenir la réduction Exophtalmie et ptosis légers à l'état permanent. Par la compression au bout de trois semaines, la luxation a cessé de se reproduire.

M. DELENS. — Il s'agit peut-être d'emphysème du tissu cellulaire survenu à la suite d'un effort.

M. PARINAUD. — Si l'exophtalmie a été subite, il ne peut s'agir que d'un emphysème ou d'un hématome du tissu cellulaire de l'orbite, ce qui est d'autant plus vraisemblable que l'enfant était atteint de coqueluche.

M. KALT. — J'ai observé dans le service de M. Panas un cas d'hématome spontané du tissu cellulaire de l'orbite avec exophtalmie considérable.

Accidents ophtalmiques dus à l'Influenza.

M. GORECKI a observé, en outre des phénomènes douloureux et catarrhaux déjà connus, chez des malades âgés de 37 ans et de 50 ans, des troubles oculaires non encore signalés. Ces troubles se rapprochent de ceux qui suivent la diphtérie ou d'autres maladies graves ; ils consistent en : amblyopie, affaiblissement de l'accommodation ou spasme, parésie de la convergence ou même dyschromatopsie. Plusieurs membres de la Société prennent la parole pour citer d'autres observations semblables se rapportant à l'épidémie régnante.

M. PARENT a observé une véritable migraine ophtalmique qui, n'ayant pas cédé à la quinine, a été calmée par l'antipyrine.

M. VALUDE cite le cas d'une paralysie du moteur oculaire externe qui avait été précédée d'une poussée d'herpès fébrile sur le nez et les paupières.

M. CHEVALLEREAU a vu chez un imprimeur une micropsie très manifeste.

Ed. KOENIG.

CONGRÈS ARCHÉOLOGIQUE INTERNATIONAL DE MOSCOU. — Cette semaine a eu lieu, à Moscou, l'ouverture du Congrès archéologique international Etaient présents des représentants des Sociétés archéologiques françaises, allemandes et autrichiennes,

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 16 Janvier 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Quelques remarques à propos de l'Epidémie actuelle.

M. Gaudichier appelle l'attention de la Société sur trois points : 1° Les sueurs abondantes qu'éprouvent les malades, et qui, au point de vue du diagnostic, lui semblent présenter un intérêt spécial ; 2° Les variétés infinies de cas que l'on a pu observer, variétés devenant d'autant plus fréquentes que la date de l'apparition de l'épidémie tend à être plus éloignée ; 3° La longueur de la convalescence et la persistance de la faiblesse des membres inférieurs ; faiblesse non en rapport avec les douleurs lombaires préalables, et contre laquelle les toniques généraux habituellement employés paraissent à peu près impuissants. Pour M. Gaudichier, cette faiblesse des membres inférieurs semble avoir une origine médullaire. De plus, l'auteur a observé quatre cas sérieux d'épistaxis, ayant atteint tous des sujets n'offrant cependant que d'autres symptômes bénins.

M. Nicolas, se basant sur la symptomatologie de l'épidémie régnante, telle qu'il l'avait constatée à ses débuts, a autrefois parlé de la « Dengue ». Depuis, il s'était incliné devant l'opinion des maîtres, et avait admis avoir affaire à la « Grippe ». Mais, ayant été atteint lui-même de l'affection, il revient sur son idée première, et, d'accord avec les principaux médecins des ports de France, il ne croit plus se trouver en face de la grippe simple. Certains symptômes qu'il a observés sur lui-même, en outre la parésie cardiaque déjà signalée par Huchard, lui paraissent ne pouvoir être attribués qu'à la dengue.— Si, d'ailleurs, on examine la statistique municipale, on constate que pour une augmentation de mille décès sur la semaine dernière, 33 cas de grippe sont signalés, tandis que 459 cas de morts figurent sous une rubrique indéterminée. M. Nicolas, ayant remarqué sur lui-même que la parésie cardiaque entraîne des troubles plutôt subjectifs qu'objectifs, se demande donc si parmi ces causes de mort indéterminées un certain nombre ne sont point dues à la parésie d'abord et ensuite à la paralysie cardiaque. Il le croit d'autant plus volontiers que les cas d'asystolie signalés par Huchard ne peuvent être réellement constatés, et, de fait, ne l'ont été qu'à la période terminale de la maladie ; conséquemment, il pense que nombre de cas, surtout ceux à terminaison rapide, ont pu échapper comme diagnostic au médecin traitant. — D'autres raisons le conduisent encore à opiner en ce sens ; c'est tout d'abord la forme spéciale des douleurs ressenties, principalement des douleurs de tête qui, selon son expression, ne sont ni superficielles ni musculaires, mais donnent la sensation de l'éclatement des sutures pariétales ; ensuite, l'énervement tout spécial ressenti, énervement n'ayant rien de commun avec celui des fièvres malariques ou pernicieuses. La longueur de la convalescence et la récidive, faits non signalés dans la grippe, sont au contraire du domaine de la dengue : ce qui le fortifie dans son idée que, sans vouloir départager l'opinion au sujet du nom à donner à l'épidémie actuelle, on n'a certainement pas affaire à la grippe vraie, mais plutôt à une maladie non encore vue en Europe. — Quant aux causes occasionnelles de cette épidémie, et bien que le mode de propagation semble donner raison à ceux qui en font une maladie microbienne, pour M. Nicolas, comme d'ailleurs pour M. Léon Colin, les conditions climatériques, sans être admises d'une façon exclusive, ne peuvent cependant être absolument écartées.

Des Accidents oculaires qui accompagnent ou qui suivent la Grippe-Influenza.

M. Gillet de Grandmont, à côté des trois formes, nerveuse, catarrhale et gastrique de l'influenza, croit pouvoir distinguer trois périodes caractérisées, la première par des troubles nerveux, la seconde par des accidents congestifs, la troisième par de la déchéance organique. Il a remarqué qu'à chacune de ces périodes correspondaient des troubles oculaires différents : — Dans la première période, ce sont surtout les muscles moteurs de l'œil qui sont douloureux, de sorte que le malade préfère clore les paupières que de fatiguer ses muscles à les mouvoir. — Pendant la période congestive, les malades se plaignent de phosphènes lumineux et scintillants extrêmement pénibles. Ils sont dus à des corps phospho-margariques liés à des troubles circulatoires rétiniens. En cas de congestion excessive, il a constaté de l'hyaloïdite avec corps flottants, et parfois même des hémorrhagies miliaires de la rétine ou de la choroïde. C'est pendant cette période que l'on voit les affections à répétition de la cornée ou de l'iris reprendre une acuité imprévue. — Enfin, à la période de déchéance apparaissent des phénomènes capables de jeter un certain trouble dans l'esprit des malades. Ainsi, certains sujets hypermétropes, quoiqu'ayant conservé une vue normale, par suite de leur puissance d'accommodation oculaire, perdent tout à coup la vision, du fait d'une faiblesse de leurs muscles accommodateurs survenant après l'influenza ; certains autres, déjà parvenus à l'âge de la presbytie, mais qui, grâce à leurs muscles accommodateurs, se dissimulaient encore leur âge en s'affranchissant de lunettes, éprouvent subitement le besoin de verres divergents.

M. Duboys de Lavigerie, dans l'influenza, n'a pas observé un grand nombre d'affections oculaires, il a surtout soigné des cas de parésie des muscles accommodateurs. Ces cas lui ont semblé analogues à ceux que l'on observe soit dans l'arthritisme, soit à la suite de la diphtérie. Il a vu également de fréquentes douleurs orbitaires.

M. Leblanc réfute l'opinion faisant d'une épizootie grippale le point de départ de l'épidémie actuelle. D'après lui, jamais les animaux domestiques ne se sont mieux portés qu'à présent. Quant à la nature de l'affection, Samson a décrit pour les animaux, il y a 30 ans, une diathèse typhoïdique qui lui semble concorder en tous points avec la symptomatologie de l'épidémie régnante. Sur les chevaux, on observe également trois formes de cette affection, et, tout spécialement dans la forme intestinale, on a constaté parfois des ophtalmies ou des glaucomes amenant la perte totale de l'œil. La forme pulmonaire offre ceci de particulier que les phénomènes congestifs peuvent brusquement soit disparaître, soit se compenser. A l'autopsie, le cœur est trouvé garni de gros caillots blancs. Au point de vue du traitement, un autre point de ressemblance existe entre les deux maladies : toutes les deux se trouvent bien du sulfate de quinine.

M. P. Reynier a été frappé du nombre considérable d'otites moyennes qu'il a dû soigner dans ces derniers temps et qui toutes avaient la grippe pour point de départ. Plusieurs faits, dans ces cas, sont à noter comme anormaux : 1° l'intensité de la douleur avant la déchirure de la membrane du tympan est épouvantable ; 2° pendant la période de formation de l'abcès, la membrane tympanique ne présente pas la coloration bronzée habituelle ; 3° l'écoulement est séro-sanguinolent mais non purulent ; 4° la restauration de la membrane tympanique est des plus faciles.

M. Gautrelet a été frappé, au point de vue urologique, de deux faits qui lui semblent non seulement concorder avec les observations cliniques, mais leur apporter une explication physiologique. 1° Dans l'influenza, l'hyperacidité est non seulement réelle, mais l'acidité parfois est tellement augmentée qu'elle devient décuple de la normale ; 2° Chez tous ces malades, il a constaté de l'indican urinaire. Les phénomènes congestifs se relient à l'hyperacidité, et l'indican est le signe d'une compression médullaire d'origine congestive probable sous l'influence de l'hyperacidité, comme dans l'arthritisme ; son opinion s'appuie encore sur l'action favorable des eaux alcalines et des diurétiques de l'influenza.

M. Saint-Yves Ménard rappelle un travail de M. Brun sur la diathèse typhoïdique chez les chevaux, où la symptomatologie décrite est identique à celle de l'épidémie régnante. La diathèse typhoïdique s'étant acclimatée en Europe, il craint qu'il en soit de même pour l'influenza.

M. Tison a vu un certain nombre de cas typiques de grippe. Les symptômes constatés ont été : douleurs lombaires et sus-orbitaires, avec état gastrique peu prononcé ; il n'a jamais constaté de troubles cardiaques. Les vomitifs lui ont beaucoup mieux réussi que les purgatifs. Les rapports de l'épidémie actuelle avec les maladies régnantes lui semblent devoir se résumer en ces mots : Aggravation des maladies courantes.

M. Nicolas dit que, dans les maladies congestives, la résistance est en raison directe de l'impulsion cardiaque ; l'aggravation des affections pulmonaires et cardiaques par l'épidémie

actuelle est donc logique puisque, dans la dengue, il y a parésie et même paralysie du cœur.

Les Secrétaires annuels, Ch. Bovet et E. Gautrelet.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. — De l'asthme dans l'enfance et de son traitement; par le Dr Moncorvo.

I.— Dans la remarquable monographie du Dr Moncorvo, nous devons mettre en relief quelques points particulièrement intéressants et originaux. Pour l'étiologie, signalons tout d'abord la fréquence de l'asthme au Brésil, le peu d'influence qu'aurait dans les observations de l'auteur exercée l'hérédité. Les attaques se voient surtout à l'été et au printemps. Ces deux saisons renferment les trois quarts des faits observés par Moncorvo. La malaria, sans produire exclusivement l'asthme, pourrait contribuer à la fréquence des accès et peut-être à l'aggravation de la dyspnée. La syphilis héréditaire existait chez vingt-deux malades sur quarante-quatre; proportion énorme et digne de la plus grande attention. Comme évolution, l'asthme de l'enfance présenterait le trait caractéristique de la bénignité; outre qu'il n'est pas d'ordinaire aussi accusé que celui des adultes il offre une tendance naturelle à s'amender ou à disparaître même plus facilement sous l'influence du traitement. Le diagnostic est étudié d'une façon très complète, mais cette étude, toute de nuances, échappe à l'analyse. Comme traitement, la lobélie a donné les meilleurs résultats pour la disparition des accès. M. Moncorvo la donne à dose considérable, 8 à 15 grammes de teinture et cela sans observer d'intolérance. On doit regretter que l'auteur n'ait pas insisté davantage sur ce point et n'ait pas indiqué comment il fractionnait les doses suivant l'âge de l'enfant. Cet âge, en se reportant au premier chapitre, variait de deux mois à douze ans, variations énormes dont on a certainement à tenir compte. — Si nous avons d'ailleurs soulevé cette petite critique, c'est parce qu'elle ne s'applique pas seulement au cas particulier et répond à un véritable desideratum de thérapeutique infantile. Il y a, au point de vue de la tolérance des médicaments, plus de différence entre un enfant de deux mois et un de douze ans qu'entre un enfant de douze et un adulte. La plupart des formulaires de thérapeutique infantile donnent ainsi une dose générale sans indication spéciale suivant l'âge. Le moindre inconvénient d'une préparation ainsi formulée est d'être inefficace, mais elle peut être aussi tonique. Notre distingué confrère, le Dr Blanche, médecin-inspecteur du service de la protection des enfants du premier âge, nous citait dernièrement encore plusieurs exemples d'accidents ainsi produits chez de tout jeunes enfants par des prescriptions trop conformes à l'indication sommaire de la formule.

Après cette digression, qui a surtout pour but de relever un fait général de grande importance pratique, signalons un autre moyen qui a donné à M. Moncorvo de bons résultats contre l'accès : la pyridine à dose de cinq gouttes versées quatre fois par jour sur un mouchoir attaché en avant du cou. La morphine n'a jamais été nécessaire. Comme moyens d'empêcher le retour des attaques, l'iode administré sous forme de teinture d'iode (4 à 10 gouttes par jour), d'iodure de sodium (1 à 4 gr), a particulièrement réussi. A. F. Plicque.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire statistique de la Ville de Paris (1887); publié par le Dr Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques.

Ce volume contient, comme les précédents, les renseignements les plus complets sur tout ce qui peut se compter à Paris : la quantité de pluie et de neige, la température, etc. ; tout ce qui concerne les rues, les égouts, les promenades publiques ; l'eau consommée, etc., les mouvements de population, les finances, l'octroi, les propriétés bâties, le crédit foncier, les halles et marchés, l'éclairage, les postes et télégraphes, les caisses d'épargne, les tribunaux de commerce, la circulation des personnes et des marchandises par voiture, par eau et par chemins de fer ; les écoles, les hôpitaux, le Mont-de-Piété ; les prisons et les prisonniers, les incendies, etc. ; — On peut dire que tous les chiffres quelque peu importants que l'Administration est à même de recueillir s'y trouvent.

M. Jacques Bertillon y a, en outre, introduit une étude sur l'état sanitaire de Paris et sur la fréquence des maladies principales depuis 1865. Voici le résumé des conclusions de M. Bertillon: La *Fièvre typhoïde* a été très fréquente en 1870-71, en 1876, et enfin pendant la période quinquennale 1880-84. Elle est revenue à son taux normal. La réceptivité de cette fièvre, contrairement à ce qu'on dit souvent, est encore très notable dans la vieillesse. Le VIIe arrondissement (très militaire) est toujours le plus frappé, et le XXe, quoique très pauvre, est toujours le plus indemne. La *Variole* est fréquente de 0 à 3 ans, rare à 15 ans, moins rare aux âges adultes. Elle s'est presque circonscrite à l'est de la ville. La *Rougeole*, la *Scarlatine*, toujours rare à Paris, la *Coqueluche* et la *Diphtérie* augmentent; elles sont beaucoup plus fréquentes dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches.

La *Phtisie* est particulièrement fréquente à Paris, surtout dans les quartiers pauvres ; elle reste à peu près stationnaire depuis 1865 ; elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Sa réceptivité atteint son maximum entre 30 et 45 ans ; elle reste considérable même dans la vieillesse. Le *Cancer* semble avoir tendance à augmenter ; il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Le *Diabète* semble augmenter de fréquence ; il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ; il est plus fréquent dans les quartiers très riches que dans la plupart des quartiers pauvres. La *Méningite*, de même que les maladies d'enfants, est plus fréquente chez les petits garçons que chez les petites filles. La *Congestion et l'Hémorragie cérébrales* conservent une fréquence à peu près constante depuis 1865 ; ces maladies sont un peu plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Les *Maladies organiques du cœur* sont un peu plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Leur fréquence augmente beaucoup. La *Bronchite* est surtout répandue dans les quartiers pauvres. Il en est de même de la *Pneumonie*, de la *Pleurésie* et de l'*Apoplexie pulmonaire*, qui sont surtout fréquentes dans les quartiers pauvres de la rive gauche. La *Diarrhée infantile*, toujours plus meurtrière pour les petits garçons que pour les petites filles, est beaucoup plus répandue dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches. La *Cirrhose* et la *Néphrite* sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, chez les riches que chez les pauvres. Au contraire, la *Fièvre puerpérale* est surtout répandue dans le centre.

Traité des maladies du cœur ; par le Pr G. Sée. (Paris, 1889, Lecrosnier et Babé, éditeurs).

La fécondité scientifique de M. Germain Sée s'affirme tous les jours par des communications académiques, par des leçons publiques, par des volumes nombreux. Ce nouveau traité des maladies du cœur, qui aura deux volumes, est le septième de la collection *Médecine clinique* publiée avec la collaboration de M. Labadie-Lagrave. On est surpris de voir deux médecins, qui devraient être absorbés par leur vaste clientèle, trouver le temps d'éditer coup sur coup des œuvres qui, par leur étendue, supposent un immense labeur.

Quoique M. G. Sée ne soit plus jeune (il a atteint l'âge de la retraite et ne conserve ses doubles fonctions de professeur et de médecin des hôpitaux que par un véritable privilège), il adopte avec ardeur et enthousiasme toutes les idées nouvelles. La théorie microbienne n'a pas de plus fervent adepte ; pour lui, toutes les endocardites sont infectieuses ; elles résultent d'une véritable *microbihémie*. Après avoir décrit les endocardites, puis les lésions valvulaires avec toutes leurs conséquences cardiaques et extra-cardiaques, M. Sée traite de l'artério-sclérose en général, de l'artério-sclérose coronaire, de l'angine de poitrine, des dégénérescences, de l'hypertrophie, des troubles nerveux du cœur, de la maladie de Basedow, des péricardites, des anévrysmes de l'aorte, des tumeurs du cœur.

On voit que son programme est vaste ; peut-être eût-il pu élaguer certaines parties. La maladie de Basedow, par exemple, n'est pas une cardiopathie ; elle ne doit plus figurer dans un traité des maladies du cœur ; les travaux de l'École de la Salpêtrière nous permettent aujourd'hui de la classer dans les névropathies. A propos de l'hypertrophie du cœur, M. Sée reproduit ses affirmations sur l'hypertrophie de croissance ; cette hypertrophie n'existe pas chez les enfants. Sans doute on voit, chez les adolescents, chez les jeunes soldats surmenés, la dilatation du cœur, le cœur forcé, mais ce n'est pas là une maladie qu'on puisse appeler *hypertrophie de croissance*.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (*suite*) (1).

Il nous faut maintenant signaler un certain nombre *d'accessoires*, par exemple des *séries de canules* en métal nickelé, servant aux études sur la circulation ou la pression dans les artères ; — la *canule en verre* pour artères (Voir

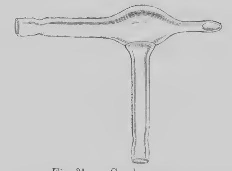


Fig. 31. — Canule en verre.

Fig. 31); — la *canule à fistule biliaire de M. le Dr Dastre* (Voir *Fig.* 32); — la *canule à fistule gastrique de M. le Dr*

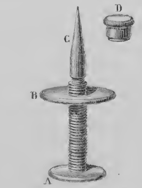


Fig. 32. — Canule à fistule biliaire du Pr Dastre.

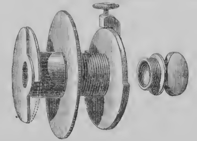


Fig. 33. — Canule à fistule gastrique du Dr Laborde.

Laborde (Voir *Fig.* 33); — une série de *canules salivaires*, avec olive à l'une des extrémités (Voir *Fig.* 34); — une *canule* et un *collecteur salivaire* pour l'inscription de l'écoulement de la salive à distance (Voir *Fig.* 35); — dans un autre genre,

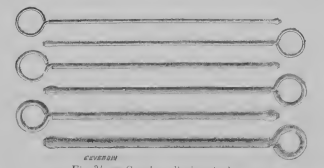


Fig. 34. — Canules salivaires à olive.

une *muselière* (système Verdin), pour entretenir la respiration artificielle chez le chien, et dans laquelle l'air passe par les narines, pour éviter la trachéotomie (Thèse de M. le Dr Piot) ; pour l'anesthésie, il suffit de substituer la pièce portant une éponge imprégnée de chloroforme à celle qui amène l'air par un tube de caoutchouc ; — une *muselière pour lapins* (système Verdin) ; — des *appareils pour la contention du chat* (expériences sur le cerveau, etc.) ; — des *canules* pour la respiration artificielle chez les animaux (lapins, cobayes, etc.).

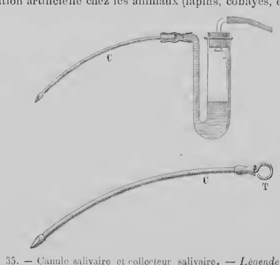


Fig. 35. — Canule salivaire et collecteur salivaire. — *Légende*: C, Canule ; — T, Mandrin de la canule. — Le collecteur est le tube en U placé au-dessus.

2° *Instruments pour la Clinique médicale proprement dite.*

Sans revenir sur les Enregistreurs dont nous avons déjà dit un mot, et qui sont susceptibles de rendre les plus grands services, citons le *polygraphe portatif de M. le Dr Marey*, de nombreux modèles de *sphygmographes*, et arrivons enfin à des instruments plus nouveaux, les *sphygmomètres*, destinés à mesurer d'une manière suffisamment précise la pression artérielle chez l'homme à l'état normal et pathologique. On sait que, jusqu'au moment où le Pr Basch (de Vienne) inventa son sphygmomanomètre, la mesure de la pression artérielle était un problème que des hommes comme nos maîtres, MM. Marey et Potain, déclaraient bien difficile à résoudre; on connait aussi la modification de cet instrument due à M. le Pr Potain et réalisée par M. Galante (1). C'est donc le moment de signaler ici d'une façon spéciale les *Sphygmomètres de M. Blocq et de M. Verdin.*

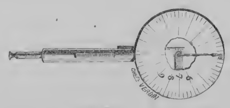


Fig. 36. — Sphygmomètre de M. le Dr Blocq.

Nous sommes heureux d'avoir pu nous procurer le cliché de ces deux instruments.

Le *Sphygmomètre de M. Blocq* a été décrit déjà (2); nous nous bornerons à en donner un court aperçu.



Fig. 37. — Sphygmomètre de M. Ch. Verdin.

C'est un instrument qui est destiné à mesurer l'effort nécessaire pour écraser les battements du pouls radial chez l'homme. Il se compose d'un petit cylindre de cuivre contenant un ressort-boudin qu'actionne une tige centrale terminée à une de ses extrémités par un patin perpendiculaire, au moyen duquel s'exerce la pression sur le pouls. L'autre extrémité est soudée à une crémaillère engrenant avec un pignon. Une aiguille fixée à ce pignon marque, sur un cadran circulaire, les déviations produites par les pressions

(1) V. *Progr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1, 2, 1890.

(1) *Arch. de Physiologie*, juillet 1889.
(2) *Société de Biologie*, 28 janvier 1888.

exercées sur le patin qui termine la tige centrale, pressions transmises au ressort-boudin.—On gradue l'appareil en grammes par le procédé suivant. Tenant le cylindre à la main, on appuie le patin sur le plateau d'une balance, après avoir placé sur l'autre des poids variés. Pour un poids déterminé, 500 grammes par exemple, l'équilibre de la balance nécessite une certaine dépression du ressort et, conséquemment, une déviation de l'aiguille sur le cadran du *sphygmomètre*. On marque 500 au point où l'aiguille s'arrête et l'on agit de semblable façon pour 200, 300, 1000, 1500 grammes, etc., etc. On trouvera la façon d'employer cet instrument dans les comptes rendus de la *Société de Biologie* (*Fig.* 36).

Le *Sphygmomètre de M. Verdin*, construit sur un principe à peu près analogue, présente sur celui de M. Blocq, l'avantage de coûter moitié moins cher ; il a la forme d'un porte-crayon, et par cela même paraît plus facile à manier. Il a été présenté il y a quelques semaines seulement à la *Société de Biologie* (Voir *Fig.* 37).

Le *Spiromètre de M. Verdin* est un instrument tout en métal, et semble d'un usage commode. C'est une caisse de 0,45 + 0,25, + 0,18 centim., munie d'un tube par où l'on souffle et d'un cadran dont les aiguilles se remettent en place à la main dès que l'expérience est faite (*Soc. de Biologie*, 1er juillet 1887).

M. Verdin a transformé le Dynamomètre de Duchenne, de Boulogne, en *Dynamographe*, en lui appliquant le système de transmission à air. Cet appareil est très employé au laboratoire de M. Charcot, à la Salpêtrière, pour l'examen des hystériques.—Ce fabricant a aussi construit, pour M. Rosapelly, un *explorateur du mouvement des lèvres* ; — *un diapason médical*, à manche en ébonite ; — le *microstéthoscope* de M. Boudet de Paris ; — le *myophone* du même auteur, etc. — *Le myographe clinique de M. Verdin* est aussi à voir ; son tambour est mobile dans tous les sens, ce qui permet d'examiner un point quelconque d'un muscle.

Il nous reste à parler du *Chronomètre électrique de M. d'Arsonval*, véritable instrument de précision s'il en fut. Cet instrument répond à un besoin de la clinique des maladies nerveuses, et a pour but de mesurer très simplement et directement la vitesse de l'agent nerveux ; cette vitesse a été évaluée pour la première fois par M. Helmholtz à l'aide de la méthode graphique (cylindre enregistreur recouvert d'un papier enfumé avec diapason chronographe). M. Marey avait déjà simplifié la méthode, mais son procédé, excellent dans un laboratoire, est absolument inapplicable au lit du malade. L'instrument de M. d'Arsonval est basé sur un tout autre principe; il donne directement sur un cadran la mesure cherchée, exprimée en centièmes de seconde, à la façon d'un chronomètre à pointage.

Il se compose essentiellement d'un mouvement d'horlogerie qui, grâce à un régulateur d'une disposition nouvelle, dû à M. Ch. Verdin, imprime à un axe une vitesse de rotation uniforme de un tour par seconde. Cet axe se termine par un petit plateau. En face, et sur son prolongement, se trouve un second axe, muni également d'un plateau, et qui traverse un cadran divisé en 100 parties égales. La seconde extrémité de cet axe porte une aiguille se mouvant sur le cadran divisé; les 2 axes sont absolument indépendants tant qu'un courant électrique suffisamment intense passe dans le petit électro-aimant placé derrière le cadran divisé. Cet électro, rendu actif, attire le petit plateau en fer doux qui termine le second axe. Supposons, au contraire, qu'on rompe le courant, le plateau de fer, grâce à un ressort antagoniste, se précipite sur le plateau terminant l'axe du mouvement d'horlogerie Les deux axes font corps instantanément et l'aiguille se meut sur le cadran divisé à raison d'un tour par seconde. Pour mesurer un espace de temps très court il suffit, en effet, de l'arranger de façon à ce que le début du phénomène rompe le courant et à ce que sa fin le referme. Au moment même où le phénomène se produit, l'aiguille part à raison de 1 tour par seconde (puisqu'elle fait corps avec le mouvement d'horlogerie qui tourne d'une façon continue). Pour connaître la durée exacte du phénomène on n'a qu'à lire le nombre de divisions parcourues par l'aiguille; on a ainsi le temps exprimé en centièmes de seconde. On peut avoir *le millième*, si on le désire, en donnant au mouvement d'horlogerie une plus grande vitesse.

Il suffit d'avoir vu fonctionner cet instrument si précieux pour en comprendre l'importance dans l'étude de la sensibilité à l'état normal ou pathologique.

Nous avons un regret à exprimer en terminant. M. Verdin avait l'intention de fouiller dans le stock des vieux instruments qu'il collectionne et de nous offrir une sorte d'*exposition rétrospective* des Instruments de précision en rapport avec la Physiologie et les choses de la médecine. On aurait vu, de cette façon, et cela d'une manière frappante, les progrès accomplis. Malheureusement il n'a pu y parvenir. L'espace trop restreint qu'on lui avait accordé si parcimonieusement à la Classe XV ne lui a pas permis de mettre à exécution cette excellente idée. C'eût été pourtant une exhibition pleine d'intérêt. Espérons que, la prochaine fois, il sera peut-être plus favorisé par MM. les membres du Comité. A rapprocher de ce que nous avons déjà dit à propos de l'Exposition rétrospective des Instruments de Chirurgie.

II. — MAISON BRÉGUET.

A la Classe XV, il n'y avait comme instruments de physiologie que l'exposition de M. Verdin. C'était regrettable, car la comparaison avec la *Maison Bréguet*, qui jadis avait une si grande renommée, n'était possible qu'à la condition de gagner la Galerie des Machines. C'est là que, dans une toute petite vitrine, ayant à peine un mètre carré, on pouvait voir perdus, à l'une des extrémités de la Classe d'Electricité, les instruments de recherches physiologiques construits par la maison Bréguet.

Ils étaient fort peu nombreux et ne brillaient même pas par le fini de leur fabrication. On n'aurait pas dit qu'ils sortaient des mains d'ouvriers parisiens et surtout des ateliers que dirigea avec tant de talent et de savoir l'infortuné Antoine Bréguet. La Maison paraît avoir abandonné à d'autres concurrents cette spécialité, pour se lancer dans l'électricité industrielle. Il y avait cependant dans la vitrine la plupart des *appareils de physiologie* dont se sert M. le Pr Marey, au Collège de France ; des *sphygmographes, des polygraphes, des explorateurs divers;— des appareils électriques de M.M. Desprez; — le chronographe de M. Marey ; — le cardiographe de MM. Chauveau et Marey*, etc., etc. — Nous n'insistons pas davantage, car nous n'avons pas vu dans cette vitrine d'instruments réellement nouveaux, sauf un grand *Appareil enregistreur*, de création toute récente, dont nous pouvons ébaucher une courte description, grâce à la complaisance du chef d'atelier de la maison Bréguet. Nous regrettons de ne pouvoir en donner le dessin.

Le *grand appareil enregistreur*, construit par la maison Bréguet, a été exécuté, pour la première fois, pour le laboratoire de M. le Pr Hayem, sur les indications de M. le Dr Roussy. Le premier exemplaire fabriqué est à la Faculté de médecine ; le deuxième était visible à l'Exposition, à l'un des coins de l'exposition Bréguet, à la Galerie des Machines (Classe LXII, Electricité). Cet appareil est fixé sur une table; il est pourvu d'une bande qui a 100 mètres de longueur sur 25 centimètres de large. La vitesse de progression de cette bande est variable; elle peut aller de 20 centimètres à 1 mètre à la minute. L'appareil est pourvu d'une pendule qui marche pendant 15 jours et indique les heures, les minutes et les secondes. Il enregistre le temps à l'encre, pour se rendre compte de la durée de l'expérience tentée; le tambour possède un levier-inscripteur à l'*encre*, disposition tout à fait nouvelle. Jusqu'ici on n'avait pas pu obtenir ce perfectionnement; l'encrier, dans cet appareil, se trouve au centre du mouvement. Il y a, comme annexe, un manomètre à mercure ou un kymographion de Fick. Un commutateur, en forme de manette circulaire, permet d'obtenir des excitations de durée variable. On peut en obtenir de 1 à 60 par minute. Il y a aussi un inscripteur qui enregistre les abcisses. C'est là un très bel instrument quo les physiologistes verront avec plaisir.

Il est regrettable que la maison Bréguet n'ait que ce modèle nouveau à présenter. Il est vrai qu'il mérite l'attention, en raison de son bon agencement. Pour des appareils aussi compliqués, il est difficile d'obtenir une marche bien régulière des différents rouages, ce qui est indispensable pourtant.

(*A suivre*). Marcel BAUDOUIN.

CHOLÉRA EN MÉSOPOTAMIE. — Le *Neologos*, de Constantinople, publie des nouvelles inquiétantes sur le développement de l'épidémie cholérique en Mésopotamie. Il dit que trois mille cas se sont produits à Bassorah. M. Kosck, médecin autrichien, serait parmi les victimes. Il résulte des mêmes informations que le choléra menacerait d'arriver en Europe, attendu que les caravanes de Perse, qui passent habituellement par la Russie, prennent actuellement la route de l'Asie Mineure. La quarantaine imposée par la Turquie serait d'ailleurs insuffisante.

VARIA

L'Epidémie actuelle.

I. — *Manifestations diverses. Toujours le Bacille de l'Influenza.*

L'amélioration constatée la semaine dernière s'accentue de plus en plus. Les hôpitaux ne sont pas plus encombrés à l'heure actuelle que les hivers précédents.

De même que pendant la semaine précédente, les décès attribués à la grippe sont relativement peu nombreux (38). La diminution de la mortalité est due principalement à la moindre fréquence des décès par inflammation des organes respiratoires. La pneumonie n'a causé que 187 décès (au lieu de 364 pendant la semaine précédente) ; la broncho-pneumonie, 74 (au lieu de 129) ; la bronchite aiguë, 71 (au lieu de 110) ; enfin, la bronchite chronique, 95 (au lieu 154). Ensemble, ces quatres maladies n'ont causé que 427 décès au lieu de 757 pendant la semaine précédente.

On a vu plus haut qu'à la dernière séance de la *Société d'Ophtalmologie* et à celle de la *Société de médecine pratique* on a insisté sur les manifestations oculaires de l'influenza ; divers journaux, d'autre part, ont publié des articles sur les manifestations auriculaires (1). Toutes les spécialités y passeront-elles ?

Voici un fait plus curieux :

Les ravages causés par l'influenza vont, paraît-il, être en Autriche la cause occasionnelle d'une modification intéressante qui sera introduite dans les usages et les mœurs de la Société de Budapest. Un médecin de cette ville aurait publié, dans le *Pester Lloyd*, une consultation sur les inconvénients qui peuvent résulter, pour la santé, de l'usage qui veut que les *hommes saluent en se découvrant la tête;* d'autres médecins l'auraient appuyé, et aussitôt il s'est formé une ligue pour l'abolition de cet usage. Les membres de la ligue remplaceront à l'avenir la coutume de saluer en se découvrant, par le salut militaire. — Tous militaires, alors!

Au dire de certains journaux quotidiens, on tiendrait, cette fois, le vrai, le bon, le seul microbe de l'influenza (2) !

Voici ce que la légende raconte ; souhaitons qu'elle devienne fait historique.

« En examinant, au laboratoire bactériologique de l'Hôpital général de Vienne, les expectorations de quelques malades, M. le Dr Jolles aurait observé que, pendant l'épidémie, les crachats contenaient une grande quantité de capsules semblables aux Bacilles de la pneumonie, découverts par le Dr Friedlænder. Guidé par la similitude de ces micro-organismes, qui se retrouveraient aussi dans les sédiments urinaires des personnes attaquées par l'influenza, ce qui n'avait pas encore été observé, M. Jolles a attiré l'attention des médecins sur la façon d'expliquer l'apparition subséquente des pneumonies. Il a fait des cultures de ces microbes retirés de ces expectorations et de ces urines. Au bout de quatre jours, des colonies s'étaient formées ; elles apparaissaient, sur une plaque de gélatine, comme des corps arrondis bien limités, jaunâtres et de grain fin, et présentaient une tête ronde. Une expectoration recueillie en province, qui a été également soumise à l'examen, aurait montré les mêmes bacilles ; seulement ils étaient moins brillants et plus fortement contournés. Le résultat obtenu par la coloration de ces bacilles par les couleurs d'aniline, serait le même pour les bacilles de Friedlænder. En employant des couleurs d'aniline, le Dr Jolles a obtenu de beaux spécimens, mais sans apparence de capsule.

M. Jolles exposera bientôt ses recherches à la Société de médecine de Vienne.

M. Jolles ajoute que c'est vers le 15 décembre qu'il a constaté, pour la première fois, la présence de bacilles d'une forme toute particulière dans les expectorations et dans les urines de malades atteints de l'influenza. Ces bacilles, tout en ayant beaucoup de ressemblance avec les bacilles de la pneumonie, ont la tête plus grande et la forme de la tête les a fait surnommer *Bacilles-évêques*. Les *Bacilles-évêques* n'ont aucune ressemblance avec les bacilles du choléra, ce qui, d'après l'avis du Dr Jolles, démontre avec évidence que l'influenza n'est pas, comme le prétendent certains, le précurseur du choléra.

M. Jolles a parlé aussi des tentatives d'inoculation qu'il a faites avec ces nouveaux bacilles. Les premiers essais n'ont pas réussi et des lapins inoculés sont morts immédiatement. Mais on poursuit des expériences à ce sujet.

Enfin, le Dr Jolles aurait dit que le 28 décembre, quand l'épidémie sévissait à Vienne avec intensité, il a soumis les eaux de la ville à un examen spécial et il a constaté la présence de 228 bacilles (?) de l'influenza dans chaque centimètre cube d'eau.

On n'a pas manqué d'aller, à propos de cette nouvelle découverte, consulter M. Pasteur. Il a répondu, d'ailleurs, qu'il n'y croirait qu'*après vérification*. Attendons donc.

II. — *L'Epidémie dans les Départements et à l'Etranger.*

A l'Etranger, comme en France, l'épidémie est en voie de décroissance. Au commencement de cette semaine on signalait encore son apparition dans quelques villes, jusque-là indemnes. En Amérique, l'influenza aurait gagné le centre des Etats-Unis ; mais à New-York elle sévit aujourd'hui avec peu d'intensité.

Presque toute la province a été envahie ; on craint surtout maintenant les complications qui enlèvent encore un certain nombre d'adultes et de vieillards.

(1) Voir plus haut *Société de médecine pratique*.
(2) Voir *Progrès médical*, n° 1. 1890, p. 10.

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Période d'enseignement du stage du 1er janvier au 1er novembre 1890.

Médecins stagiaires.

Cliniques. — Dans les divers services de l'hôpital, les chefs de service, pendant l'année, tous les jours, de 7 h. 1/2 à 10 h. — A l'amphithéâtre : *Clinique médicale,* MM. Laveran, médecin principal de 2e classe, et Kelsch, médecin principal de 1re classe, successivement, du 1er janvier au 1er septembre, mercredi, de 9 h. à 10 h. — *Clinique chirurgicale*, M. Delorme, médecin-major de 1re classe, du 1er janvier au 1er septembre, samedi, de 9 à 10 h. — Clinique ophtalmologique, M. Chauvel, médecin principal de 1re classe, du 1er janvier au 1er septembre, samedi, de 9 à 10 h. — Clinique des maladies vénériennes et cutanées, M. Nimier, agrégé, médecin-major de 2e classe, et M. Vautrin, agrégé, médecin-major de 1re classe, successivement, du 1er janvier au 1er septembre, mardi, de 9 à 10 h.

Cours. — Chirurgie d'armée, M. Delorme, médecin-major de 1re classe, du 1er janvier au 1er mai, lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. — Maladies et épidémies des armées, M. Kelsch, médecin principal de 1re classe, du 1er janvier au 1er mai, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. — Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, M. Du Cazal, médecin principal de 2e classe, du 1er janvier au 1er juillet, mardi, samedi, de 2 à 3 h. — Optométrie, Ophtalmoscopie, Otoscopie, Laryngoscopie, M. Chauvel, médecin principal de 1re classe, du 1er janvier au 1er avril, mardi, samedi, de 3 à 4 h. — Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie, M. Burcker, pharmacien-major de 1re classe, du 1er avril au 1er août, mardi, samedi, de 3 à 4 h. — Anatomie chirurgicale, opérations et appareils, M. Chauvel, médecin principal de 1re classe, du 1er mai au 1er septembre, lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. — Hygiène militaire, M. Laveran, médecin principal de 2e classe, du 1er mai au 1er septembre, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h.

Travaux pratiques, conférences, répétitions. — Clinique médicale, MM. Duponchel et Antony, successivement, du 1er janvier au 1er novembre, lundi, vendredi, de midi à 2 h. — Clinique de maladies mentales, M. Burlureaux, du 1er janvier au 1er novembre, samedi, de midi à 2 h. — Clinique chirurgicale, M. Moty, du 1er janvier au 1er novembre, mardi, de midi à 2 h. — Anatomie pathologique, histologie, M. Vaillard, du 1er janvier au 1er novembre, tous les jours, de midi à 2 h. — Microbie, M. Vaillard, du 1er janvier au 1er novembre, mardi, samedi, de 4 à 5 h. — Ophtalmoscopie, Otoscopie, laryngoscopie, MM. Vautrin et Nimier, du 1er janvier au 1er novembre, mardi, vendredi, de 4 à 5 h. — Médecine légale, législation, administration, M. Duponchel, du 1er janvier au 1er novembre, lundi, mercredi, de 4 à 5 h. — Hygiène militaire, M. Burlureaux, du 1er janvier au 1er novembre, lundi, vendredi en hiver, lundi, mercredi, vendredi en été, de 4 à 5 h. — Anatomie chirurgicale, M. Vautrin, du 1er janvier au 1er mai, tous les jours, de midi à 2 h. — Petite chirurgie, pansements, appareils, M. Moty, du 1er janvier au 1er mai, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 2 h. — Maladies et épidémies des armées, M. Antony, du 1er janvier au 1er mai, mardi, mercredi, samedi, de midi à 2 h. — Opérations chirurgicales, M. Nimier, du 1er mai au 1er novembre, tous les jours, de midi à 2 h. — Blessures de guerre, exercices d'ambulance, M. Moty, du 1er mai au 1er novembre, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 2 h. — Expertises chimiques, M. Gessard, du 1er mai au 1er novembre, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 2 h.

Pharmaciens stagiaires.

Chimie appliquée aux expertises de l'armée. Toxicologie, M. Burcker, pharmacien-major de 1re classe, du 1er janvier au 1er septembre, mardi, samedi, de 3 à 4 h. — Analyses

chimiques, M. Gessard, agrégé, pharmacien-major de 2e classe, du 1er janvier au 1er novembre, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. — Pharmacie militaire et comptabilité, M. Gessard, agrégé, pharmacien-major de 2e classe, du 1er janvier au 1er mai, lundi, de 2 à 3 h. — Matière médicale, M. Gessard, agrégé, pharmacien-major de 2e classe, du 1er mai au 1er novembre, lundi, de 2 à 3 h. — Hygiène militaire, M. Laveran, médecin principal de 2e classe, du 1er mai au 1er septembre, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. — Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, M. Du Cazal, médecin principal de 2e classe, du 1er janvier au 1er juillet, mardi, samedi, de 2 à 3 h. — Microbie, M. Vaillard, agrégé, médecin-major de 1re classe, du 1er janvier au 1er septembre, mardi, samedi, de 4 à 5 heures.

Ordre des Travaux.

Du 1er janvier au 1er novembre, les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 7 h. 1/2 à 9 heures, services cliniques. — Le mardi, à 10 heures, leçons de clinique spéciale.— Le mercredi, à 10 heures, leçons de clinique médicale.— Le samedi, à 10 heures, leçons de clinique chirurgicale — Les jeudi et dimanche, équitation.

Du 1er janvier au 1er mai. — Le lundi, de midi à 2 heures, dissections, anatomie pathologique, histologie, petite chirurgie, appareils, etc., clinique médicale. De 2 à 3 heures, chirurgie d'armée. De 3 à 4 heures, maladies et épidémies des armées. De 4 à 5 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, hygiène, escrime. — Le mardi, de midi à 2 heures, dissections, anatomie pathologique, histologie, clinique chirurgicale, épidémiologie, vaccinations. De 2 à 3 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. De 3 à 4 heures, optométrie, etc., chimie appliquée, successivement. De 4 à 5 h., microbie, ophtalmoscopie, otoscopie, escrime. — Le mercredi, de midi à 2 heures, dissections, anatomie pathologique, histologie, petite chirurgie, appareils, etc., épidémiologie, vaccinations. — De 2 à 3 heures, chirurgie d'armée. De 3 à 4 heures, maladies et épidémies des armées. De 4 à 5 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, escrime. — Le vendredi, de midi à 2 heures, dissections, anatomie pathologique, histologie, petite chirurgie, appareils, etc., clinique médicale. De 2 à 3 heures, chirurgie d'armée. De 3 à 4 heures, maladies et épidémies des armées. De 4 à 5 heures, ophtalmoscopie, otoscopie, hygiène, escrime. — Le samedi, de midi à 2 heures, dissections, anatomie pathologique, histologie, clinique de maladies mentales, épidémiologie. De 2 à 3 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. De 3 à 4 heures, optométrie, etc., chimie appliquée, successivement. De 4 à 5 heures, microbie, escrime.

Du 1er mai au 1er novembre. — Le lundi, de midi à 2 heures, opérations, anatomie pathologique, histologie, blessures de guerre, exercices d'ambulance, expertises chimiques. De 2 à 3 heures, anatomie chirurgicale, opérations et appareils. De 3 à 4 heures, hygiène militaire. De 4 à 5 heures, ophtalmoscopie, otoscopie, hygiène, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, escrime. — Le mardi, de midi à 2 heures, opérations, anatomie pathologique, histologie, clinique chirurgicale, épidémiologie. De 2 à 3 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. De 3 à 4 heures, chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. De 4 à 5 heures, microbie, escrime. — Le mercredi, de midi à 2 heures, opérations, anatomie pathologique, histologie, blessures de guerre, exercices d'ambulance, expertises chimiques. De 2 à 3 heures, anatomie chirurgicale, opérations et appareils. De 3 à 4 heures, hygiène militaire. De 4 à 5 heures, épidémiologie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, hygiène militaire, escrime. — Le jeudi, visite des établissements intéressant l'étude de l'hygiène. — Le vendredi, de midi à 2 heures, opérations, anatomie pathologique, histologie, blessures de guerre, exercices d'ambulance, expertises chimiques. De 2 à 3 heures, anatomie chirurgicale, opérations et appareils. De 3 à 4 heures, hygiène militaire. De 4 à 5 heures, ophtalmoscopie, otoscopie, hygiène, escrime. — Le samedi, de midi à 2 heures, opérations, anatomie pathologique, histologie, clinique médicale, clinique de maladies mentales. De 2 à 3 heures, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. De 3 à 4 heures, chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. De 4 à 5 heures, microbie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaires, escrime.

MM. les élèves et les docteurs étrangers à l'école pourront être autorisés par le Directeur à suivre les cours et conférences.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Delens, Weiss ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Retterer, Ricard ; — 5e de *Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Pinard, Jalaguier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine ; — (2e *Série*) : MM. Strauss, A. Robin, Marie.

MARDI 28.—2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Mathias-Duval, Debove, Gley ; — 3e *de Doctorat*, oral (1e partie) (1e *Série*) : MM. Laboulbène, Bar, Poirier ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Maygrier, Nélaton ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Duguet, Hutinel ;— 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Peter, Hanot, Gilbert; (2e *Série*) : MM. G. Sée, Ballet, Quinquaud.

MERCREDI 29. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Delens, Poirier ; — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Netter ; — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Marie.

JEUDI 30. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Blanchard ; — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Debove.

VENDREDI 31. — Médecine opératoire : MM. Delens, Tuffier, Poirier ; — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, A. Robin, Netter; — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Potain, Letulle, Chantemesse;—(2e *Série*): MM. Fournier, Strauss, Dejerine.

SAMEDI 1er. — 2e définitif d'officiat : MM. Duplay, Debove, Netter ; — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Gilbert.— (2e *Série*) : MM. Peter, Duguet, Ballet; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1e *Série*): MM. Panas, Tarnier, Nélaton.— (2e *Série*) : MM. Le Fort, Campenon, Bar; —(2e partie) : MM. Laboulbène, Straus, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 29. — M. Cochery. Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — M. Decaux. De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement. — M. Psalidas. Lymphadénome en général et particulièrement sur un cas rare observé sur la mamelle. — M. Laporte. Syphilis de la clavicule. — *Jeudi* 30.— M. Billoir. Contribution à l'étude de la syphilis vaginale secondaire. — M. Ahmed-Ben-Miloud. De la luxation de l'épaule en arrière et ses complications. — M. Millet. Empyème gangréneux interlobaire. — M. Allard. Des kystes puriformes du cœur. — M. Vezes. Anévrysmes des artères de la jambe. — M. Desreumeaux. De l'intervention chirurgicale dans les ostro-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant. — M. Jacquinot. Rétrécissement vénérien du rectum. — M. Lyon. L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques. — M. Grenier. Etude sur la maladie de Thomsen.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Ferdinand DREYFOUS.

M. le Dr Ferdinand-Léon DREYFOUS, médecin des hôpitaux, est décédé le 21 janvier 1890, à l'âge de 39 ans, à Paris. Ses obsèques ont eu lieu jeudi dernier.

Reçu interne des hôpitaux en 1874 dans un bon rang, il concourut pour le prix de l'Internat et obtint la médaille d'argent en 1878. Sa thèse de doctorat est intitulée : *Essai sur les symptômes protubérantiels dans la méningite tuberculeuse*, 166 p., Paris, 1879. En 1883, il concourut à l'agrégation et fit à cette occasion une thèse sur les *Accidents nerveux du diabète*. Il fut reçu médecin du Bureau central l'année dernière seulement.

On doit, à ce jeune médecin des hôpitaux, qui succombe avant l'heure, victime des concours et du surmenage parisien, un certain nombre de mémoires importants, parmi lesquels nous citerons : *De la pseudo-paralysie syphilitique* (maladie de Parrot) ; in *Revue de Médecine*, 1885, p. 512. Récemment encore il communiquait à la *Société médicale des Hôpitaux* un travail sur l'*Antisepsie des voies urinaires* et le *Traitement de la Blennorrhagie par le Salol*.

M. le Dr Daniel MOLLIÈRE (Lyon).

M. le Dr Daniel MOLLIÈRE, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est décédé cette semaine à Lyon. Daniel Mollière est surtout connu par son *Traité des maladies du rectum et de l'anus* (Paris, Masson, 1877), seul ouvrage français récent où les maladies de cette région soient traitées dans leur ensemble, mais qui aujourd'hui aurait besoin d'être considérablement revu et augmenté; et par ses travaux sur la chirurgie des nerfs et la chirurgie osseuse. Ces derniers ont contribué, dans une notable mesure, à établir, aux côtés de ceux de M. Ollier, la réputation de l'Ecole de Lyon dans cette branche de la pathologie externe. Daniel Mollière paraît avoir le premier

fait la suture des deux bouts de l'urèthre dans les ruptures complètes de ce canal (voir la thèse de son élève Parisot, en 1884 et *Lyon médical*, 29 mars 1885). Il essaya en France, un des premiers, l'anesthésie par la voie rectale à l'aide de l'éther, agent auquel il resta toujours fidèle, comme la plupart de ses collègues des hôpitaux de Lyon ; on lui est redevable aussi de la vulgarisation de l'ostéoclaste de V. Robin, son élève. — On lui doit, en outre, un grand nombre de mémoires parus surtout dans le *Lyon médical*, la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, les comptes rendus des divers *Congrès français de Chirurgie*, etc., etc. ; voici la liste des principaux et des plus connus :

Notes pour servir à l'histoire de la pathologie du grand sympathique cervical ; in *Lyon méd.*, 1869; — *Etude sur la sensibilité aux températures observées à l'aide d'un nouvel appareil* ; in *Lyon méd.*, 1869 ; — *Etude expérimentale et clinique sur les thromboses et les embolies dans les os*, en collaboration avec M. le Dr Humbert Mollière ; in *Lyon médical*, 1870 ; — *Du nerf dentaire inférieur* (anat., physiol. et anat. comparée), Paris, 1871, 86 p., n° 132 ; — *Etude physiologique sur deux cas d'anosmie* ; in *Lyon médical*, 1871 ; — *Observation de syphilis congénitale* ; in *Ann. de Dermatologie* et tirage à part, Paris, 1871 (avec une planche) ; — *Recherches expérimentales et cliniques sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale*; in *Lyon médical*, 1872 (Extrait de 40 p.) ; — *Nouveaux méfaits du taxis forcé*; in *Lyon médical* et Extrait, (Paris, Masson), 1875. Traduit en espagnol par Casademunt, 15 p., Barcelone, (Miret, 1874, etc.) ; — *Note sur un cas de rectocèle vaginale* ; in *Lyon médical* et Extrait (Paris, Masson), 1875 ; — *Note sur deux cas de périnéorrhaphie* ; in *Lyon médical* et Extrait (Masson, Paris), 1876) ; — *De l'énucléation du globe oculaire pendant la période aiguë du phlegmon de cet organe* ; in *Lyon médical*, 1876 et Extrait ; — *Notes sur un cas de régénération osseuse* (avec figures) ; in *Lyon médical* et Extrait (Baillère, Paris), 1876 ; — *L'infection empêche l'ivresse alcoolique* ; in *Gaz. des Hôpitaux*, p. 789, 1882 ; — *Ethérisation par la voie rectale* ; in *Gaz des Hôpitaux*, 1884 et *Lyon médical* ; — *Opération de V. Robin* ; in *Gaz. des Hôp.*, p 683, 1882 et 1886, p. 299 ; — *Résection du sternum* ; in *Gaz. des Hôp.*, p 488, 1886 ; — *Kyste sébacé de l'ovaire* ; in *Gaz. des Hôp.*, p. 423, 1887.

Il est aussi l'auteur de plusieurs articles dans le *Dictionnaire Encyclop. des sciences médicales*. Marcel BAUDOUIN.

FORMULES

V. — Moelle de sureau vomitive.

V.— On connait les diverses vertus du sureau, de ses fleurs, de ses fruits et de ses écorces ; mais on n'avait pas encore parlé de sa moelle. — Or, il paraît, dit le *Vracht*, que le Dr Bastaki emploie celle-ci avec succès en décoction, selon cette formule :

Moelle de sureau	5 parties.
Eau	30 parties.

Le Scalpel (N° du 19 janvier 1890).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 janv. 1890 au samedi 18 janv. 1890, les naissances ont été au nombre de 1,264 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 495 ; illégitimes, 168, Total, 663. — *Sexe féminin* : légitimes, 448 ; illégitimes, 153, Total, 601.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 janv. 1890 au samedi 18 janv. 1890, les décès ont été au nombre de 1493 savoir : 764 hommes et 729 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 7. T. 12. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 5, F. 5. T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 7, F. 9. T. 16. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 9, T. 20. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 192, F. 90, T. 282. — Autres tuberculoses : M. 8. F. 7. T. 15. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 23. T. 34. — Méningite simple : M. 20, F. 19, T. 39. — Congestion, et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 23, T. 54. — Paralysie : M. 7, F. 4 T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 6, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 46. T. 78. — Bronchite aiguë : M. 35, F 36 T. 71. — Bronchite chronique : M. 48, F. 47. T. 95. — Broncho-Pneumonie : M. 36, F. 38. T. 74: — Pneumonie : M. 72. F. 115. T. 187. — Gastro-entérite, biberon, M. 14, F. 11. T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3. T. 10, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 5. T. 6.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. – Débilité congénitale : M. 16, F. 11, T. 27. — Sénilité : M. 16, F. 26 T. 42.— Suicides : M. 17, F. 3, T. 20. — Autres morts violentes : M. 3. F. 3. T. 6. — Autres causes de mort : M. 158. F. 157. T. 315 — Causes restées inconnues : M 6, F. 12, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 11. Total : 46 — *Sexe féminin* : légitimes, 28. illégitimes, 17. Total : 45.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. PIGEON, agrégé, préparateur à l'Ecole normale supérieure, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. BEILLE, professeur suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé chef de culture du jardin botanique de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. HACHET, bachelier ès sciences, délégué dans les fonctions de commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Lille, est nommé commis au secrétariat, en remplacement de M. Delacourt, démissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS — M LEGLUDIC, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Melun, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. SAINT-ANGE, professeur de pathologie interne et pathologie générale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale de ladite Ecole, en remplacement de M. Bonnemaison, décédé. — M. ANDRÉ, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne et pathologie générale de ladite Ecole, en remplacement de M. Saint-Ange appelé à d'autres fonctions.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de la médaille d'or* (médecine). — Le concours de la médaille d'or (prix des internes, section de médecine) suspendu un mois durant par suite de l'épidémie chez les juges, vient enfin de se terminer. La question posée à l'épreuve écrite de 3 heures, a été : *Artère pulmonaire, embolie pulmonaire*. Les notes des mémoires ont été données ces jours-ci : M. Parmentier a obtenu 29; M. Lyon, 27; M. Nicolle, 29; M. Vaquez, 29; M. Hudelo, 29. Les notes de l'épreuve écrite ont été : M. Parmentier, 30; M. Vaquez, 29; M. Hudelo, 29; M. Nicolle, 28; M. Lyon, 27. Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : 1° M. PARMENTIER (médaille d'or); 2° M. Vaquez; 3° M. Nicolle.

Concours d'internat. — Questions de l'épreuve orale : Mercredi, 8 janvier : *Nerf radial; paralysie radiale*.— Vendredi, 10 : *Uretère chez la femme; valeur séméiologique et pronostic de l'albuminurie chez la femme*. — Dimanche, 12 : *Valvule mitrale; symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral*. — Lundi, 13 : *Ligaments et synoviales de l'articulation coxo-fémorale ; signes de la coxalgie*. — Mercredi, 15 : *Artère pulmonaire ; embolie pulmonaire*. — Lundi, 20 janvier : *Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic des kystes hydatiques du foie*. — Mercredi, 22 janvier : *Racines postérieures des nerfs rachidiens; symptômes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (sclérose des cordons postérieurs de la moelle)*. — Dimanche, 19 janvier : *Tuniques des bourses ; pathogénie, signes, diagnostic de l'hématocèle vaginale*.

Concours de l'externat. — Les dernières questions posées sont les suivantes : *Symptômes de la fièvre typhoïde ; — épistaxis; — vésicatoires; — saignée; — vaccine et vaccination*.

Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1890. — Le lundi 17 mars 1890, à 2 heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 3 février 1890, jusqu'au lundi 24 du même mois, inclusivement.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année 1890. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établisse-

ments de l'Administration, pour l'année 1890. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le samedi 25 janvier, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3; à MM. les élèves internes de 1re année et à MM. les internes provisoires, le mardi 28 janvier, à 1 h. 1/2; à MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le mercredi 29 janvier, à 1 heure; à MM. les élèves externes de 1re année : première moitié de la liste, le jeudi 30 janvier, à 10 heures 1/2 du matin; deuxième moitié de la liste, le même jour, à 1 h. 1/2.

ECOLE DE SANTÉ POUR LA MARINE. — Le Conseil des ministres ayant autorisé le ministre de la marine à déposer un projet de loi portant création d'une école de médecine navale dans une ville étant déjà le siège d'une Faculté de médecine, M. Barbey, ministre de la marine, a déposé, samedi dernier, à la Chambre, un projet de loi tendant à la création d'une école de santé pour la marine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Récompenses aux médecins des Eaux minérales.* — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a accordé pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1887 : 1° *Méd. d'or.*— M. Japhet, de Paris.— 2° *Rappels de médailles d'or.* — MM. Caulet, de St-Sauveur; Tillot, de Luxeuil. — 3° *Méd. d'argent.* — MM. Laville, de Dax; Poncet, de Vichy; Royer, de Challes. — 4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. Bourgarel, de Pierrefonds; Bouvyer, de Cauterets; Grimaud. de Barèges. — 5° *Médailles de bronze.* — MM Nicolas, du Mont-Dore; Rodet, de Vittel. — 6° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les Drs Deligny, de St-Gervais; Lafosse, de Vals.— *Récompenses aux médecins des épidémies.* — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a accordé, pour le service des épidémies en 1888 ; 1° *Médaille d'or.* — M. Bertrand, de Toulon. — 2° *Rappel de médaille d'or.* — M. Coustan, médecin militaire. — 3° *Médailles d'argent.* — MM. G. André, de Toulouse; Fressinger, d'Yonnax; Hahn, de Paris; Pédrono, de Lorient; E. André, Collignon, Dardignac, Fonsart, Greschwin, Michaux et Renard, médecins militaires. — 4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. Botrel, de Saint-Malo; Durand, de Marseillan; Sicard, de Béziers; Aubert et Sénut, médecins militaires. — 5° *Médailles de bronze.* — MM. Bard, de Lyon; Bartol, de Calvi; Bordas, de Paris; Marty, de Fleury; Penant, de Vervins; Saussol, de Montpellier; Demeunyck, Lafforgue et Tartière, médecins militaires. — 6° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. Jenot, de Dercy; Weis, de Pont-de-Croix. — *Récompenses des travaux sur l'hygiène de l'enfance.* — M. le ministre met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants. L'Académie accorde aux mémoires ou travaux, en dehors de la question du prix : 1° *Médailles de vermeil.*—MM. Blache, de Paris; Jenot, de Dercy; Sejournet, de Revin. — 2° *Rappel de médaille de vermeil.* — M. Lédé, de Paris. — 3° *Médailles d'argent.* — MM. Bertheraud, d'Alger; Verrier, de Paris. — 4° *Médailles de bronze.* — MM. Berlin, de Nice; Golay, de Genève; P. Raymond, de Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Dons.* — Le directeur de l'Assistance publique a reçu de MM. L. et Ce la somme de 2,500 francs pour les pauvres de Paris; — De la Société de fabrication d'antipyrine, à Creil (Oise), la somme de 2,000 francs pour les pauvres des vingt arrondissements de Paris (Voilà de la Reconnaissance!); — De Mme P. et de M. P. la somme de 5,000 francs, dont 2,000 francs pour les pauvres, 2,000 francs pour les enfants moralement abandonnés et 1,000 francs pour les victimes de l'influenza.

CRÉMATION. — Le nouveau four crématoire, mis en service le 12 août dernier au cimetière du Père-Lachaise, a jusqu'au 31 décembre 1889 effectué 735 incinérations. Dans ce chiffre, les incinérations demandées par les familles ne s'élèvent qu'à 35. Il y a eu 483 destructions de bières contenant des débris d'hôpitaux et 217 incinérations d'embryons provenant des services de maternité. Le nouveau four, on le sait, est un appareil basé sur le système Siemens. Il présente sur l'ancien des avantages considérables. Le coût des opérations est beaucoup moindre en ce que le combustible est du coke au lieu d'être du bois. La dépense a diminué de 35 francs à 3 francs. De plus, la durée de la combustion du corps est notablement réduite. Avec l'ancien appareil, il fallait une heure trois quarts en moyenne pour réduire en cendres le corps d'un adulte. L'incinération varie le plus souvent aujourd'hui entre une heure et une heure un quart. On pense même — c'est ce qu'à dit M. Chassaing, conseiller municipal, dans son rapport sur la crémation — que l'opération pourra être faite plus tard en trois quarts d'heure.

COURS D'ORTHOPHONIE. — La ville de Paris vient d'autoriser la création d'un cours d'orthophonie à la Mairie du IVe arrondissement. Les étudiants en médecine y auront leur entrée gratuite.

COULEURS DANGEREUSES ET JOUETS ALLEMANDS. — Le consul chargé du vice-consulat de France à Nuremberg a signalé au ministre des affaires étrangères de France l'emploi fréquent qui est fait encore en Allemagne de couleurs nuisibles dans la fabrication des jouets d'enfants, notamment en ce qui concerne les petites boîtes de couleurs. On sait que la ville de Nuremberg fait un grand commerce de jouets d'enfants et qu'un trop grand nombre de ces jouets est vendu en France. Il est juste d'ajouter que les autorités de la ville, et spécialement le Conservatoire des Arts et Métiers, ont maintes fois rappelé aux fabricants de jouets les prescriptions sévères de la loi sur l'emploi des couleurs dans l'industrie.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Sur la présentation du Préfet de la Seine, en date du 7 janvier 1890, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique : MM. STRAUSS, conseiller municipal; BONTHOUX, maître des requêtes au Conseil d'Etat; LANNELONGUE, professeur à l'Ecole de médecine; MILLARD, médecin des hôpitaux; GOUPY, imprimeur, membre du Conseil des prud'hommes; ROCHARD, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés *Officiers de l'instruction publique* : M. le Dr Devillez (Paris); M. le Dr Pamard (d'Avignon); M. Petit, pharmacien à Paris. — Sont nommés *officiers d'Académie :* MM. les Drs Caminot (Hendaye); Pierrot (Paris); E.-L. Richard (Paris); Rogron (Paris); Vaillard (Val-de-Grâce); Weill (Beuzeval); Deshayes (Orléans). — *Légion d'honneur :* Par décret en date du 15 janvier 1890, M. le Dr Philippi a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

HÔPITAUX POUR LÉPREUX. — Une jeune anglaise, Miss Anny Fowler, élève de M. Pasteur, va partir à Molakai diriger l'hôpital pour les Lépreux fondé aux Iles Sandwich par le père Damiens.

HÔPITAUX DE MONTPELLIER. — Le concours annuel entre les internes des hôpitaux s'est terminé. — A la suite de ce concours, M. G. Rauzier a été nommé lauréat des hôpitaux.

HOMMAGE A A. LEREBOULLET. — La *Société des sciences, agriculture et arts de la Basse-Alsace* vient de décider la réimpression et la publication du travail sur l'épidémie de grippe de 1837, dû à M. A. Lereboullet, l'ancien doyen de la Faculté de Strasbourg. La Société a voulu, par cette réimpression, honorer la mémoire de l'auteur et rendre service au corps médical en mettant à sa disposition les renseignements recueillis et analysés par le Dr A. Lereboullet.

HYGIÈNE DES VÊTEMENTS. — *Le Pilou.* — Dans sa dernière séance, le Conseil d'Hygiène et de salubrité de la Seine a entendu un rapport de M. Schutzenberger relatif à une *étoffe dite Pilou* dont l'inflammabilité peut rendre l'usage dangereux et que le préfet de police lui avait signalée. Cette étoffe serait facilement inflammable et deux personnes, dont les corsages avaient été confectionnés avec du « pilou », ont failli en être victimes, l'une en approchant une bougie, l'autre en allumant un fourneau. M. Schützenberger a dit : L'étoffe en question ne renferme que du coton. La chaîne est en fils fins tordus, analogues à ceux qui servent à confectionner les tissus de coton en général. La trame est composée de gros fils formés de coton à peine tordu et serré qui donne au tissu son épaisseur et ses qualités spéciales et permet de lui donner une surface pelucheuse. Il est facile de constater que ce tissu introduit dans une flamme s'enflamme facilement. En flambant la surface de l'étoffe avec la flamme d'une bougie, on brûle le duvet, mais on ne provoque pas l'inflammation. Il résulte de là que dans certaines conditions de contact avec la flamme d'une bougie ou d'un bec de gaz, l'étoffe peut prendre feu et brûler rapidement. Cette propriété est due, *non à la nature de la fibre, ni aux produits employés pour la teinture,* mais uniquement à l'*état physique du fil employé pour la trame.* Elle donne au « pilou » un caractère d'inflammabilité plus grand que celui des autres tissus de coton. Le « pilou » doit donc être considéré comme d'un emploi dangereux pour la confection de vêtements offrant des parties flottantes librement. M. Jungfleisch a raconté à ce sujet qu'il y a quelques années, les élèves de l'Ecole polytechnique portaient un pantalon de travail qu'ils avaient surnommé « pantalon de zinc », dont l'étoffe présentait de grandes analogies avec celle que M. Schutzenberger a analysée; c'était une sorte de bourre de coton mal tramée qui se conduisait comme l'amadou; l'inflammabilité était telle qu'une étincelle de cigarette pouvait y mettre le feu. Il a fallu renoncer à se servir de ces pantalons. Le conseil a décidé que le rapport de M. Schützenberger serait publié afin de mettre le public en garde contre les dangers que peuvent présenter ces étoffes en question.

Institut national agronomique. — Le Ministre de l'agriculture vient de rétablir la chaire d'agriculture de l'Institut national agronomique. Le professeur aura, en outre, à diriger gratuitement une excursion par semaine pendant la durée des cours. La chaire de viticulture comprendra, en outre de la culture de la vigne, les cultures spéciales de la région de la vigne, de l'olivier, de l'oranger et les cultures coloniales. Elle prendra le titre de « chaire de viticulture et de cultures des régions méridionales ». La chaire de *zoologie* comprendra les notions de zoologie générale et la zoologie appliquée à l'agriculture (entomologie, aquiculture, apiculture, sériciculture, etc.). Les chaires ci-dessus mentionnées seront mises au concours dans l'ordre ci-après : la chaire d'agriculture, le 3 mars 1890 ; la chaire de viticulture et de cultures spéciales des régions méridionales, le 24 mars 1890 ; la chaire de zoologie, le 14 avril 1890.

Médecins des Ministères. — Mme le Dr Gaches Sarraute, médecin de l'Opéra, officier d'Académie, vient d'être attachée au Ministère des postes en qualité de docteur en médecine.

Sages-Femmes prussiennes. — D'après une instruction officielle du Ministre de l'instruction publique de Berlin, une excessive propreté est recommandée aux sages-femmes : Ongles coupés courts, manches relevées, avoir avec soi du savon, brosse à ongles, serviette fraîche, acide phénique : telle est la prescription. Auprès d'une femme en couche, la sage-femme doit préparer de l'eau phéniquée à 3 0/0, elle s'assurera de la propreté de la literie, elle se lavera les mains et les bras avec du savon et de l'eau bouillie, si c'est possible, et elle les trempera ensuite dans l'eau phéniquée. Elle trempera dans l'eau phéniquée les instruments dont elle devra se servir. Après l'accouchement, les femmes seront lavées à l'eau phéniquée, et il est interdit aux sages-femmes d'avoir des rapports avec des malades affectées de maladies contagieuses, etc., etc.

Service de santé militaire. — M. le médecin inspecteur général Colin est désigné, pour présider en 1890, le comité technique de santé.

Nécrologie. — M. Diet, inspecteur général honoraire des bâtiments civils, décédé à l'âge de soixante-deux ans, architecte. M. Diet a été architecte en chef de la ville de Paris, et c'est en cette qualité qu'il fut appelé à diriger la construction et les déplorables aménagements intérieurs de l'Hôtel-Dieu de Paris; si c'est là une de ses œuvres les plus importantes, si c'est là ce qui l'a fait nommer de l'Académie des Beaux-Arts, tous les médecins le regretteront. D'ailleurs il avait juré, paraît-il, de ne jamais consulter un médecin, de ne jamais visiter d'établissement hospitalier, avant de construire un hôpital. Il était officier de la Légion d'honneur et de l'instruction publique. — M. le Dr Rougier (d'Arcachon), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier (1842), qui exerça d'abord la médecine à Bordeaux, membre de la Société de médecine de Bordeaux (1856), membre de l'Association des médecins de la Gironde. — M. le Cr Guichenet (de Bordeaux), qui fut médecin aux colonies et qui, à Bordeaux, n'exerçait pas. — M. le Dr Charles-Alfred Rumpf (de Bâle), décédé le 24 décembre dernier, à l'âge de vingt-six ans ; il était assistant à la clinique interne, chez le Pr Immermann. — M. le Dr Belmont (d'Arras). — M. le Dr Dubois, ancien secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, mort à Nancy. — M. le Dr O. Gaillard (de Valence). — M. le Dr F. Humbert (de Nancy). — M. le Dr Molard, médecin principal en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, mort à Nancy à 67 ans. — M. le Dr A. Piroux, ancien médecin des cristalleries de Baccarat. — M. le Dr Pône (de Pontarlier). — M. le Dr Bornier, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr Robert de Beauchamp (Poitiers). — Mr le Dr Lossouarn (de Brest). — M. le Dr Bérard, médecin militaire. — M. le Dr Gautelme, ancien médecin de la marine. — M. le Dr Von Wahl, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Dorpat.

Cours publique et gratuit de clinique d'homéopathie, par le Dr Jousset, hopital St-Jacques, ruelle Volontaire (rue de Vaugirard, 227. Ce cours a commencé le dimanche 19 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, et se continuera tous les dimanches à la même heure. Le professeur exposera le traitement homeopathique de la grippe.

PUBLICATION DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE

Professeur : CHARCOT

Notes de cours de MM. Blin, Charcot, Henri Colin,

Elèves du service.

I. — La première année, 1887-88, un beau volume in-4° de 638 pages, avec nombreuses figures. — Prix : 20 francs. Pour nos abonnés, 16 francs.

Sommaire de la 21e Leçon. — 1er et 2e malades : Cas de syringomyélie gliomateuse. — 3e malade : Simulation hystérique ; — de la syringomyélie.

Cette publication ne sera pas continuée. Les leçons de M. Charcot, recueillies par M. Guinon, et revues par le professeur, paraîtront, à l'avenir, dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de Neurologie*.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **27 janvier**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — *Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1889 à nous les réclamer* **avant le vingt janvier.**

Publications du Progrès médical

Marie (L.). — **L'Acromégalie. — Etude clinique.** Broch. in-8° de 16 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 5. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er FÉVRIER 1890.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Histoire de l'Ophtalmologie ;

par le Dr E. LANDOLT.

Messieurs,

Il n'est pas une partie de l'Ophtalmologie qui ne présente un haut et puissant intérêt pour tout esprit ouvert qui se livre à l'étude de cette science relativement nouvelle. J'ai cru m'apercevoir cependant que la chirurgie oculaire avait tout particulièrement le don de vous attirer et de vous fasciner. Je comprends ce sentiment d'autant mieux que je l'éprouve et l'ai toujours éprouvé moi-même.

Si je ne me suis pas laissé aller à ne vous parler que d'opérations et à faire de la chirurgie le sujet exclusif de mes conférences, c'est précisément parce que cette partie de l'ophtalmologie, en raison de l'attrait qu'elle présente, n'est pas la plus négligée dans vos études. J'ai donc pensé que c'était faire œuvre utile que de vous faciliter l'accès d'autres parties de notre art, moins connues, plus arides, mais non moins indispensables. Je me disais, d'autre part, que mes opérations auxquelles vous assistez et que j'essaie toujours de rendre aussi démonstratives que possible, complétaient heureusement l'ensemble de notre enseignement oculistique. Je dois avouer aussi qu'en comparant les résultats de mes cours d'opérations particuliers avec ceux des cours publics, je me suis convaincu que ces derniers, par des raisons faciles à comprendre, laissaient toujours beaucoup à désirer. Parler d'opérations, traiter théoriquement d'un sujet aussi essentiellement pratique que la chirurgie, n'est pas plus réjouissant pour le professeur que pour l'auditoire. D'autre part, en permettant à chacun des élèves d'un cours public de mettre lui-même la main à l'œuvre, on ennuie nécessairement le reste des auditeurs qui sont en même temps inactifs.

Or, je vais essayer cette fois de procéder suivant un nouveau plan. Nous ferons précéder chaque opération ou chaque groupe d'opérations d'une démonstration anatomique de la partie de l'organe visuel qui est en cause. Nous exposerons ensuite les différents procédés opératoires qui s'y rattachent. Je les exécuterai devant vous de façon à ce que chacun puisse les voir ; mais ce n'est que par groupes, que ceux d'entre vous qui désirent s'exercer eux-mêmes dans le maniement des instruments, pratiqueront l'opération sur l'animal ou sur l'œil énucléé introduit dans le masque. Chaque fois que l'occasion se présentera d'opérer sur le vivant, j'aurai soin de vous faire remarquer les différentes phases de l'opération, ainsi que l'application des principes que nous aurons exposés dans nos conférences.

Loin de nous limiter à la partie purement manuelle ou purement théorique de notre chirurgie, nous apprendrons ainsi à connaître à fond le terrain sur lequel nous opérons, le but de notre intervention chirurgicale, les voies qui y mènent, les difficultés que nous pourrons y rencontrer ainsi que les moyens de les éviter ou de les vaincre.

Considérant, Messieurs, que la plupart d'entre vous ne sont plus des étudiants, mais des docteurs, plusieurs même des spécialistes déjà exercés, je me permettrai de commencer nos conférences par un court aperçu historique de la chirurgie oculaire.

Nous pouvons dire hardiment que la chirurgie oculaire a pris naissance dans ce pays, à l'époque où la chirurgie française, brillant du plus vif éclat, attirait des disciples du monde entier et subissait cette transformation qui devait en faire la base de la chirurgie moderne. Il suffit de citer les noms de MAITRE-JEAN, SAINT-YVES, DAVIEL et J.-L. PETIT, pour prouver que nous n'en avons pas dit trop, et nous verrons, dans la suite, qu'il n'est pas une partie de l'Ophtalmo-chirurgie qui n'ait été créée et cultivée tout d'abord en France (1).

Jusque vers le XVIIIe siècle, cette branche importante de l'art de guérir se trouva entre les mains de charlatans et d'ignorants. A cette époque seulement, des chirurgiens éclairés et instruits portèrent leur attention sur l'organe visuel et le firent bénéficier non seulement de leur habileté manuelle, mais encore des progrès considérables de l'anatomie, de la pathologie et de la thérapeutique.

Les *opérations plastiques sur les paupières*, qui forment la transition entre la grande chirurgie et la chirurgie spéciale, furent cultivées surtout par VELPEAU, DENONVILLIERS, GUÉRIN, SERRES, DESMARRES.

A leurs nombreux procédés, destinés à guérir les malformations des bords palpébraux, l'ectropion, l'entropion, le trichiasis, vint s'ajouter la *blépharoplastie*.

Cette dernière opération bénéficia des progrès accomplis en autoplastie. La restauration des paupières, comme celle du nez et des lèvres, utilisa surtout la méthode par glissement des lambeaux, méthode toute française, à laquelle sa grande simplicité aussi bien que son efficacité ont valu un triomphe définitif.

Récemment encore, la chirurgie des paupières a mis à son profit les utiles découvertes de la greffe épidermique de REVERDIN et de la greffe dermique d'OLLIER. Cette dernière surtout, remise en lumière, à plusieurs années d'intervalle, par TIERSCH, est destinée à rendre de grands services dans la restauration des paupières, puisqu'elle permet de couvrir les pertes de substance les plus étendues avec de grands lambeaux de peau, empruntés à n'importe quelle partie du corps.

La transplantation des lambeaux des muqueuses les plus diverses est également utilisée, avec succès, dans les cas de destruction de la conjonctive par néoplasme, symblépharon, brûlure ou tout autre traumatisme. De l'avis d'Ollier, aussi bien que du nôtre, elle est préférable à la transplantation de la muqueuse empruntée à une autre espèce animale, telle que le lapin ou la grenouille.

Les affections des *voies lacrymales*, très mal connues avant le XVIIIe siècle, furent soumises, par ANEL,

(1) Nous avons consulté, pour cette esquisse, avec le plus grand fruit, le remarquable travail sur l'Histoire de l'Ophtalmologie de Hirsch formant le Chapitre XIV du VIIe volume du grand Traité d'Ophtalmologie de von Graefe et Saemisch.

à une étude approfondie. Il remplaça la destruction grossière du sac, la trépanation de l'os lacrymal et autres procédés un peu trop énergiques, par le sondage délicat des canaux lacrymaux, les injections dans le canal nasal et ne nous laissa, dans le traitement de ces affections si fréquentes, aucun progrès à accomplir, si ce n'est la section des canaux, due à BOWMAN, et le choix du médicament curateur, conformément aux notions perfectionnées de la pathologie.

L'usage des sondes à gros calibre, des sondes et des canules à demeure imaginées après Anel, tend même de plus en plus à faire place au traitement plus délicat de ce grand observateur, qui sut rétablir les voies lacrymales et guérir leurs affections, en respectant autant que possible leur intégrité.

Pour notre compte, nous réservons la section des canaux lacrymaux aux cas de suppuration du sac, dont on entame à tort la paroi antérieure, suivant une méthode des temps anciens, indigne de notre expérience moderne.

Mentionnerons-nous l'extirpation de la glande lacrymale imaginée, en 1845, par BERNARD, comme dernier remède contre le larmoiement ? Mieux vaut perfectionner notre thérapeutique, non en supprimant un organe indispensable, mais en étendant nos soins sur la muqueuse voisine des voies respiratoires, dont l'inflammation chronique entretient celle des voies lacrymales.

Des paupières, la chirurgie semble s'être attaquée directement au globe oculaire proprement dit, sans s'occuper, pendant fort longtemps, de la partie si importante qui les sépare, l'appareil moteur, *les muscles oculaires*.

On pratiquait depuis longtemps toute espèce d'opération sur les parties protectrices de l'organe ; on savait fort bien exciser l'iris, voire même extraire la cataracte, et l'on ne songeait pas à intervenir chirurgicalement dans les vices de direction et d'excursion des yeux.

Ce n'est qu'en 1839, presque simultanément en France et en Allemagne, que de hardis chirurgiens, JULES GUÉRIN et DIEFFENBACH, ont sectionné un muscle oculaire supposé contracturé pour rendre à un œil sa direction normale. On sait que ces premières tentatives de strabotomie, basées sur des connaissances anatomiques et physiologiques imparfaites, ont donné des résultats très peu encourageants.

Elles ne furent cependant pas infructueuses, puisque, peu après, BONNET (de Lyon) et plus tard DE GRAEFE démontrèrent théoriquement et pratiquement, qu'avec certaines modifications, l'opération de Guérin et de Dieffenbach constituait une nouvelle et précieuse acquisition pour la chirurgie oculaire. Au lieu de sectionner le muscle, Bonnet détacha le tendon au niveau de son insertion au globe de l'œil, en un mot, il remplaça la myotomie par la *ténotomie*. Il évita ainsi la rétraction exagérée du muscle avec ses conséquences : abolition presque complète de l'action du muscle opéré, strabisme en sens inverse et protrusion de l'œil.

Jules Guérin, dont les travaux originaux sur les contractures musculaires ont eu un si grand retentissement, n'avait cependant pas abandonné l'organe visuel. Dix ans après sa première myotomie, il dota l'ophtalmologie d'un procédé opératoire plus important encore : *l'avancement musculaire*.

Si la ténotomie a subi, entre les mains de de Graefe et de ses élèves de tous les pays du monde, des perfectionnements considérables, un avenir peut-etre plus grand encore est réservé à l'avancement musculaire.

Ce procédé, *qui tend à remédier à l'insuffisance d'un muscle, non par l'affaiblissement de son antagoniste, mais par l'augmentation de sa propre puissance et de son influence sur le globe oculaire*, ne fut cependant accueilli par les confrères qu'avec une grande appréhension, et pratiqué très rarement pendant de longues années. Il nous séduisit par sa logique et trouva en nous un de ses plus ardents défenseurs (1). Nous croyons avoir démontré que l'avancement musculaire proprement exécuté n'est pas seulement un complément puissant de la ténotomie, mais un procédé opératoire bien supérieur à celle-ci. Il la remplace même avantageusement dans un très grand nombre de cas.

Les observations favorables à notre opinion se multiplient d'ailleurs d'année en année, nos confrères de France, aussi bien que d'Amérique et de la Grande-Bretagne, s'attachant de plus en plus à cultiver cette excellente méthode, avec la perspicacité et l'habileté qui les caractérisent.

Mentionnons encore, comme auxiliaires de la ténotomie, les *sutures conjonctivales* de M. F. C. CUNIER (1841) et l'*avancement capsulaire*, imaginé et cultivé par M. DE WECKER (1883).

Avec l'introduction de la strabotomie, l'*énucléation* du globe oculaire, pratiquée autrefois brutalement au moyen d'un scalpel ou de gros ciseaux, subit un perfectionnement notable ; elle devint, pour ainsi dire, un ensemble de six ténotomies combinées avec la section du nerf optique. Rendue ainsi plus inoffensive, elle présente en même temps le grand avantage de conserver un moignon plus apte à l'application d'un œil artificiel.

La *prothèse oculaire* était déjà bien connue au XVII[e] siècle (HEISTER). La fabrication des yeux artificiels a cependant fait de grands progrès depuis cette époque et en fera sans doute encore.

L'énucléation, moyen le plus propre à atteindre le but thérapeutique qu'on recherche, amène toujours, et malgré la meilleure prothèse, une certaine défiguration. D'autre part, les procédés imaginés pour remplacer l'énucléation, ablation du segment antérieur, exentération de l'œil avec ou sans introduction d'un globe en verre ou en métal, n'ont pas donné jusqu'à présent des résultats absolument satisfaisants. Ils laissent toujours subsister, jusqu'à un certain degré, ce danger d'ophtalmie sympathique, dont l'opération devrait délivrer le malade.

Il en est de même de la *section optico-ciliaire* que plusieurs oculistes prétendent avoir imaginée, alors que l'idée en revient à de Graefe qui cependant n'aurait probablement pas tenu à revendiquer la priorité d'un procédé incertain et souvent dangereux.

Parlerons-nous de la transplantation d'un œil d'un animal à l'autre, d'un œil de lapin posé dans l'orbite humaine ? C'est un procédé de haute fantaisie qui a dû surprendre les savants de l'Académie au moins autant qu'il a émerveillé le public, toujours friand de choses surnaturelles, mais que l'humble bon sens a accueilli et accueillera encore — car c'est là une de ces inventions qui ont coutume de revenir périodiquement — d'un simple hochement de tête.

Passons donc aux *opérations sur le globe oculaire*. La membrane transparente de l'œil, la *cornée*, a, pendant longtemps, semblé aux chirurgiens une espèce de

(1) Landolt. — Compte rendu de sa Clinique, 1878. — Congrès international des Sciences médicales, Washington, 1887. — Congrès international d'Ophtalmologie, Heidelberg, 1888.

Noli me tangere, d'une part, à cause des complications auxquelles on croyait exposées les plaies cornéennes, de l'autre, parce qu'on attribuait à la perte de l'humeur aqueuse une influence funeste sur la vue. C'est la raison principale pour laquelle, pendant plus d'un siècle, l'iris et le cristallin furent attaqués, non à travers la cornée, mais à travers la sclérotique.

Woolhouse (mort en 1730, à Londres) pratiqua cependant la *paracentèse de la cornée;* mais seulement dans l'hypopyon qu'on considérait comme une espèce d'abcès et traitait comme tel. — Saint-Yves y ajouta le *lavage de la chambre antérieure,* qui devait obtenir un si grand retentissement de nos jours.

Ces deux chirurgiens opéraient hardiment le *staphylome cornéen* : Woolhouse, par section cruciale, évacuation et introduction d'un globe artificiel; Saint-Yves, par ablation, résection et sutures consécutives. Le premier recommanda même la compression des staphylomes partiels au moyen d'une petite plaque en or, et donna à cette méthode, qu'on a ressuscitée de nos jours pour le kératocone, le nom d'*emboîtement*.

Le staphylome transparent de la cornée, le *kératocone*, semble être devenu l'objet de tentatives thérapeutiques seulement depuis le commencement du siècle. Suivant l'étiologie qu'on lui imputait, ou la perspicacité du médecin qui s'en occupait, il fut tour à tour traité par des vomitifs, des purgatifs, par des moyens optiques, médicaux ou chirurgicaux : paracentèse, sétons, cautérisations, ablations du sommet du cône, excision de secteurs de la cornée. Tout dernièrement encore nous avons entendu vanter l'emploi du bistouri pour la cure de ces malformations de la première surface réfringente de l'œil. Nous ne saurions leur prédire un bien brillant avenir. Il est dangereux d'exposer une cornée, déjà déformée, à la traction irrégulière d'une cicatrice. Le relèvement de la vision de ces yeux ressortit plutôt à l'optique qu'à la chirurgie.

La *paracentèse de la sclérotique* a été tentée également par Woolhouse, et, plus tard, par Mauchart (1744) dans le cas d'hydrophtalmie.

Cette opération, très dangereuse à une époque où l'antisepsie était inconnue, a été réintégrée en ophtalmologie, et constitue, avec les modifications opératoires et les précautions antiseptiques nécessaires, une dernière ressource dans le cas de glaucome absolu, avec augmentation de la tension, et violentes douleurs oculaires.

Nous avons encore à nommer cet étrange et ingénieux oculiste anglais, Woolhouse, dans l'histoire de la *pupille artificielle.* Il semble avoir conseillé, le premier, de tailler une ouverture dans le diaphragme de l'occlusion pupillaire.

Son élève, Cheselden, exécuta cette opération en attaquant l'iris, non à travers la cornée, mais par derrière, à travers la sclérotique. Ce procédé devait donner souvent des résultats peu satisfaisants à cause de la lésion du corps ciliaire, à laquelle il exposait l'œil. Souvent aussi, l'ouverture ainsi produite se refermait promptement par la cicatrisation et de nouveaux exsudats.

Janin (1731-1799) qui, fort de ses connaissances physiologiques et anatomiques, fit faire tant de progrès à la chirurgie oculaire de son époque, sut modifier le procédé du praticien anglais, de façon à le rendre utile. Il pénétra dans la chambre antérieure à travers la cornée et coupa l'iris avec les ciseaux de Daviel.

Maunoir (1812) perfectionna encore ce procédé opératoire et l'utilisa surtout dans les cas de cataracte secondaire, où il créa un colobome en excisant, avec les ciseaux, à la fois un morceau de l'iris et du diaphragme pupillaire.

Malgré sa supériorité incontestable sur les procédés antérieurs, celui de Maunoir était encore une iridotomie. C'est Wenzel (1788) qui essaya systématiquement d'enlever un morceau de l'iris, et qui peut être considéré comme l'inventeur de l'*iridectomie.* Il est vrai que son procédé, qui consistait à traverser la cornée, l'iris et même le cristallin avec un couteau à cataracte, était susceptible de modifications assez importantes. Ayant observé que, parfois, cette opération était suivie de cataracte traumatique, son inventeur recommanda de compléter l'iridectomie par l'extraction du cristallin, même transparent, à l'inverse de nous qui complétons l'extraction du cristallin opaque, par l'iridectomie. On ne tarda cependant pas à réserver cette iridectomie, par trop radicale, aux cas d'aphakie.

Puis vint Richter (1742-1812), ce réformateur de la chirurgie oculaire, qui modifia le procédé de Wenzel, de telle sorte que l'iridectomie est devenue une des opérations les plus inoffensives et les plus utiles de notre art. En effet, grâce aux perfectionnements que cet opérateur et ses successeurs lui ont fait subir, l'iridectomie a presque entièrement remplacé les procédés qui, comme l'*iridoencléisis* de Langenhertz (1817), l'*iridorhesis* de Desmarres, et l'*iridodesis* de Critchett, produisent une pupille artificielle, au moyen d'un enclavement de l'iris, parfois insuffisant, souvent dangereux.

Personne n'ignore la haute importance que l'iridectomie a acquise entre les mains de de Graefe, son génie en fit un remède contre certaines formes, autrefois incurables, du glaucome.

Partant du fait, nettement établi déjà par de Graefe, que l'iridectomie n'abaisse la tension intra-oculaire et ne guérit le glaucome que lorsqu'elle est tout à fait périphérique, pour ainsi dire sclérale, Stellwag (1868), Quaglino et de Wecker cherchèrent à remplacer l'iridectomie du glaucome par une simple incision dans la sclérotique, une *sclérotomie.* Ce procédé a fait son évolution, il a profité des nouvelles conquêtes de la thérapeutique et peut remplacer, dans un certain nombre de cas, le procédé de de Graefe qui lui a donné naissance.

Il est à espérer, cependant, que le progrès ne s'arrêtera pas là, et qu'avec le développement de nos connaissances sur la nature du glaucome, très imparfaites à l'heure qu'il est, la chirurgie rendra des services plus efficaces dans le traitement de cette terrible maladie.

Si le glaucome reste encore un des chapitres les plus obscurs de l'ophtalmologie, il n'en est fort heureusement pas ainsi de la *cataracte.* Son traitement du moins représente, sans contredit, la partie la plus perfectionnée et la plus glorieuse de notre chirurgie. Et, cependant, l'opération de la cataracte, dont l'ophtalmologie s'honore maintenant à si juste titre, est de date pour ainsi dire récente.

Jusque bien avant dans le siècle dernier, les chirurgiens, forts de leur ignorance absolue sur la nature de la cataracte, taillaient, tiraient et pressaient avec des aiguilles plus ou moins larges, sur cette prétendue membrane qui occupait la pupille. Certes, ils arrivaient souvent à restituer ainsi la vue, mais le cristallin refoulé dans l'œil s'y comportait comme un corps étranger et se vengeait de sa chute en provoquant, tôt ou tard,

des complications funestes et l'abolition complète de la vision.

Ce n'est qu'en 1705 que BRISSEAU démontra de la façon la plus nette que la cataracte n'est autre chose que le cristallin opacifié. Chose étrange, l'Académie combattit pendant trois ans la vérité de ce fait si facile à établir. Néanmoins la découverte de Brisseau pénétra promptement dans l'ophtalmologie et y porta les fruits les plus précieux.

On essaya d'abord de modifier les procédés grossiers de dépression et d'abaissement de la cataracte. On y ajouta la capsulotomie postérieure, on la remplaça par la discission, dans le cas de cataracte molle, etc., etc.

Mais le vrai progrès ne fut réalisé que lorsqu'en 1745, Daviel éleva au rang d'une méthode opératoire l'*extraction de la cataracte*, pratiquée accidentellement avant lui par Saint-Yves et par Petit, pour des cataractes luxées dans la chambre antérieure. L'invention de Daviel est tellement importante qu'elle marque une époque dans la chirurgie oculaire.

Le principe de l'enlèvement du cristallin une fois établi, il n'était que juste qu'on recherchât à perfectionner le procédé, et naturel qu'on y réussît. Aussi, bien que les modes d'extraction de la cataracte, dont nous nous servons actuellement, diffèrent sensiblement de celui de Daviel, l'honneur de la plus belle découverte en chirurgie oculaire n'en revient-il pas moins tout entier à l'immortel opérateur français.

On pourrait écrire, et on a écrit, des volumes sur l'opération de la cataracte. Mais, après les expériences et les recherches faites depuis plus d'un siècle dans le monde entier, et depuis l'introduction en chirurgie de l'antisepsie, cette bibliographie n'aurait qu'un intérêt rétrospectif médiocre.

Les procédés opératoires actuels de la cataracte, qui resteront sans doute en usage bien longtemps, sinon toujours, peuvent se résumer en peu de mots : L'abaissement est entièrement abandonné ; seules les cataractes molles des jeunes sujets sont laissées dans l'œil, pour y être résorbées, après la discission ; les autres cataractes sont extraites de l'œil chaque fois que l'état de l'organe et leur maturité le permettent.

Dans ce but, on pratique, avec le couteau linéaire inventé par de Graefe ou un couteau semblable, une section dans le limbe cornéen, assez grande pour laisser échapper la cataracte sans trop de pression. L'excision d'un morceau de l'iris correspondant à la plaie cornéenne augmente certainement les chances de guérison dans un bon nombre de cas. On peut s'en passer dans d'autres ; mais la discission très large de la capsule ne saurait être abandonnée en règle générale, l'extraction de la cataracte dans sa capsule exposant l'œil à de trop graves dangers.

Les myotiques sont indiqués dans le cas d'extraction sans iridectomie; les mydriatiques, lorsque les masses corticales sont restées dans l'œil ; une antisepsie ou asepsie minutieuse sera toujours de rigueur. Il nous semble cependant douteux qu'il faille la pousser jusqu'à injecter, avec des seringues et des irrigateurs, des liquides antiseptiques dans la chambre antérieure. Ce procédé, rien moins qu'inoffensif et de date toute récente d'ailleurs, se modifie déjà sensiblement et bientôt on se contentera de faciliter la pénétration du liquide antiseptique dans la chambre antérieure, comme tout opérateur soigneux l'a toujours fait.

Nous venons de parler de l'*antisepsie* ; ajoutons encore la *cocaïne*, et nous aurons passé en revue les plus grandes conquêtes que la chirurgie oculaire ait faites depuis l'invention de Daviel.

La cocaïne, en insensibilisant les surfaces du globe et des paupières, nous rend journellement les plus signalés services, sans présenter aucun inconvénient, sinon de permettre à des mains inhabiles et peu autorisées de toucher à cet organe si délicat.

Plus importants encore que cette anesthésie locale, sont les avantages que nous tirons de l'antisepsie et de l'asepsie. Elle est un véritable, un immense bienfait, un bienfait si grand que jamais les générations futures ne sauront l'apprécier à sa juste valeur ; car elles n'auront pas vu des yeux absolument bien portants, absolument bien opérés, ou atteints d'une blessure aujourd'hui insignifiante, s'en aller en suppuration au désespoir du malade, au découragement de l'opérateur.

Ce n'est pas que la protection contre l'influence funeste des microorganismes ait sensiblement modifié nos procédés opératoires, mais elle a changé du tout au tout le pansement, augmenté d'une façon considérable nos succès, et elle nous permet l'intervention chirurgicale dans des cas où la prudence nous avait condamnés à l'inaction ou réduits à des moyens peu efficaces. C'est ainsi qu'avec une hardiesse que seule l'antisepsie pouvait lui donner, la chirurgie a pénétré jusque dans la partie la plus reculée du globe, jusqu'au nerf optique. Et si l'incision des gaines du nerf, la ponction sous-rétinienne, si les autres procédés tentés contre le décollement de la membrane nerveuse de l'œil, n'ont pas donné de brillants résultats, il faut, par contre, enregistrer les succès obtenus dans les cas de cysticerques et de corps étrangers, qu'on a réussi à extraire du fond de l'œil sans abolir la vision.

On pourrait supposer qu'une foule d'hommes éminents s'étant occupés d'une façon très approfondie et depuis des siècles de la chirurige oculaire, il doive rester peu de progrès à réaliser sur ce terrain, en somme très restreint. En raisonnant ainsi, on se tromperait considérablement. Certes, on n'inventera, ni pour les affections des voies lacrymales, ni pour l'énucléation, ni même pour l'extraction de la cataracte, des procédés opératoires bien différents de ceux qui sont en usage actuellement, mais on les perfectionnera certainement.

On se débarrassera, de plus en plus, de certains procédés grossiers, réminiscence d'une époque préophtalmologique, et qu'on retrouve encore dans certaines opérations pratiquées dans le domaine si délicat de l'organe visuel.

On adaptera, et ce sera là un immense progrès, mieux que cela n'a été fait jusqu'à présent, l'intervention chirurgicale aux fonctions si multiples et si nettes de l'organe. On combinera, par exemple, le traitement chirurgical avec le traitement orthoptique, dans la strabotomie qui est encore, nous n'hésitons pas à le dire, une des opérations les moins perfectionnées, une de celles qui ont le plus besoin d'être relevées par le clinicien attentif doublé du physiologiste.

Et maintenant que la cocaïne a tellement facilité les opérations sur le globe oculaire, autrement si sensible et si mobile, il est à espérer qu'on ne se contentera pas de les exécuter tant bien que mal, quitte à s'abriter derrière l'antisepsie contre le châtiment d'une opération imparfaite. Mais on recherchera de plus en plus cette perfection, cette élégance, cette exécution classique, qui contribue bien plus qu'on ne le croit au succès final.

Ce sont là des progrès qui doivent se réaliser et se réaliseront sûrement dans un temps assez rapproché.

Sera-ce tout ? — Il n'est pas probable. Le domaine de la chirurgie générale s'est étendu d'une façon considérable et inespérée, dans ces derniers temps, et l'ophtalmologie a largement profité des progrès dont s'est enrichie sa grande sœur.

Nul doute que l'avenir ne réserve à notre chirurgie des progrès que nos connaissances limitées ne nous permettent pas de prévoir, mais auxquels contribuera tout opérateur consciencieux qui dirige le bistouri, non seulement avec la main, mais avec la tête, et, ajoutons, avec le cœur, dans le but unique et sincère de servir son prochain.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un nouveau Traité de Chirurgie.

Un événement chirurgical important, et qu'il ne faut pas laisser passer inaperçu, s'est produit cette semaine, ou plutôt la semaine passée. A la séance solennelle de la *Société de Chirurgie*, dont nous avons, dans notre dernier numéro, donné le compte rendu succinct, M. Paul Reclus a présenté à ses collègues le premier volume d'une récente et vaste publication chirurgicale. Il l'a entreprise de concert avec M. Duplay, le nouveau professeur de clinique chirurgicale de la Faculté, qui vient de prendre à l'hôpital Necker la succession de M. le Pr Lefort, passé à la Pitié.

Destiné à remplacer l'ancien ouvrage vieilli de MM. Follin et Duplay, publié à un moment où le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales* vient d'être enfin parachevé après 25 ans et partant commence à être déjà ancien, ce nouveau *Traité de Chirurgie*, s'il est mené à bonne fin dans un espace de temps restreint, — comme la chose est théoriquement convenue, — rendra, nous en sommes convaincu, les plus grands services à la jeune génération chirurgicale. Pour celle-ci, en effet, le manuel désormais classique des *Quatre-Agrégés* était par trop insuffisant. Il faut donc savoir gré à toute la légion des chirurgiens, doués de l'activité la plus fébrile, qui s'appellent les Berger, les Segond, les Quénu, les Peyrot, etc., pour ne nommer que les maîtres de la nouvelle école, de s'être rangés en bataillon carré, sous les ordres de M. Reclus, dans le but de terminer aussi rapidement que possible une publication d'une telle importance.

M. Reclus, d'ailleurs, a ouvert le premier le feu et, dans le premier volume, il conduit sans faiblir ses soldats à la bataille. Il a voulu prendre le taureau par les cornes et a cru devoir s'adjuger l'un des plus forts morceaux. Est-ce absolument l'idéal ? N'y a-t-il rien à critiquer dans la partie si ardue que s'est réservée le promoteur de l'œuvre ? Nous le dirons plus tard. Elève chéri du Pr Verneuil, il n'a pas cru devoir laisser passer à nouveau l'occasion de traiter, d'après ses souvenirs d'internat corrigés par les trouvailles modernes et augmentés par un labeur constant, les questions de prédilection de son maître, le chirurgien actuel de l'Hôtel-Dieu. M. Quénu, un des rares chirurgiens histologistes de ce temps, a abordé avec une compétence toute spéciale le difficile chapitre des tumeurs, qu'il a écrit d'une façon vraiment magistrale et qui mérite les plus grands éloges. A M. Broca a été réservée une des portions les moins agréables à croquer de ce gâteau chirurgical, sinon la moins intéressante, scientifiquement parlant. Il a dû résumer les maladies chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. En pareille matière, il est permis et même ordonné d'être ennuyeux, à condition d'être fort sérieux ; ce qui est. Enfin, à M. Lejars a été confiée l'étude des maladies des lympathiques, muscles, tendons, synoviales, bourses séreuses et autres organes de la même famille. Et c'est tout pour le premier volume.

On nous en promet sept autres. Nous n'avons pas l'intention d'analyser et d'apprécier aujourd'hui celui que M. Masson a livré cette semaine aux libraires. Nous y reviendrons ultérieurement. Mais nous tenions, pure question d'actualité, à signaler la pose de la première pierre de cet énorme édifice. Souhaitons que sa construction aille aussi vite que celle de la nouvelle Sorbonne, que son agencement intérieur soit absolument le contraire de la nouvelle Faculté et que les architectes continuent à travailler vite, dans le but d'être utiles. Puisse leur noble exemple convaincre l'édificateur inutile et néfaste de la nouvelle Ecole pratique ! *Nisi Dominus ædificaverit domum, in vanum laboraverunt qui ædificant eam !*

Mais notre maître et seigneur (*Dominus*, pour continuer la comparaison) ne veut point s'en tenir là. Un traité de chirurgie de pareille envergure ne suffit pas à ses besoins d'écrivain de race. Il va faire paraître sous peu à la même librairie, où souffle décidément une bonne bise de *Progrès*, un autre volume non moins important, pourvu du titre significatif de *Traité de thérapeutique chirurgicale*, en collaboration avec M. Forgues. La *Revue scientifique* en publie cette semaine la lyrique introduction. Si désormais les « gens du monde » n'ont plus envie de se faire couper au moins la tête... Un peu moins de belles phrases, un peu plus de respect chaque jour pour les lois inexorables de l'antisepsie que M. Reclus vante tant, un peu plus de souvenirs envers ceux qui jadis combattirent pour en assurer le triomphe aujourd'hui définitif, un peu plus de faits ; tout cela vaudrait peut-être mieux pour la Chirurgie de France. Mais il y aura toujours, en notre cher pays, des professeurs, des journalistes et des « trouveurs d'idées ! » A chacun son rôle. *Audaces fortuna jùvat*, encore plus en Librairie qu'en Chirurgie !

M. B.

La prophylaxie de la Tuberculose devant l'Académie de Médecine.

S'il est une discussion fastidieuse, tant par la longueur des débats que par la répétition des arguments et le parti pris des adversaires, c'est bien celle qui vient enfin de se terminer sur la prophylaxie de la tuberculose. Le débat est ouvert depuis le rapport de M. Villemin, déposé le 29 octobre dernier, ayant pour objet de donner des instructions prophylactiques contre la tuberculose, après avoir énoncé le principe de la contagion. Peut-être est-ce ce fait d'avoir donné ce double caractère scientifique et pratique pour une instruction destinée au grand public surtout, qui a amené la confusion dans l'argumentation, qui, à mesure qu'elle se déroulait, au lieu d'acquérir plus de précision,

*

de s'élever de plus en plus, tombait au contraire à des points de détails, à des malentendus qu'un mot suffisait à dissiper, pour enfin s'abaisser presque à des questions de personnes. Tant et si bien qu'à un moment, après tant d'encre dépensée, tant de discours prononcés, tout a été presque remis en question, et que pour empêcher la commission, qui se croyait offensée dans sa dignité de Sibylle, de retirer en bloc ses conclusions, il a fallu intervenir par une nouvelle proposition conciliante due à M. Bergeron, et se bornant à énoncer le principe de la contagion, l'agent principal de cette contagion, sans indiquer, sinon d'un mot, les moyens de le combattre, et appelant enfin l'attention des pouvoirs publics sur l'importance de la question. De sorte, qu'en fin de compte, après une lutte très vive, on est arrivé à conclure ce que tout le monde savait — que la tuberculose est contagieuse par le pus et les crachats — et à l'apprendre aux pouvoirs publics pour qu'ils avisent. Quant aux moyens prophylactiques, le seul but de la commission, en somme, il n'en est plus question. Le résultat est mince. Mais la discussion n'en est pas moins mémorable, et nous allons essayer de la résumer rapidement.

Le débat a porté sur trois points principaux : l'opportunité de publier des instructions publiques ; la réalité et l'étendue de la contagion de la tuberculose ; les moyens de l'enrayer. Est-il utile, est-il opportun de publier des instructions sur la prophylaxie de la tuberculose ? A quoi servent jamais des instructions publiques ? Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder l'effet produit par elles sur les dangers de l'alcoolisme. En 1884, le Conseil d'hygiène et de salubrité avait publié des instructions très analogues. Qui les connaissait, même parmi les médecins ? Aussi l'argument qu'on invoque de la terreur qu'elles pourraient jeter dans le public est illusoire, et est une contradiction flagrante avec le fait de leur inutilité, par suite de l'oubli dans lequel elles restent.

Et cependant ces deux arguments se retrouvent dans la bouche des mêmes hommes par une singulière inconséquence (Hardy, Le Roy de Méricourt). Mais si le public se soucie peu des instructions et s'il y a danger qu'il s'en soucie trop, il y a cependant quelque chose à faire : c'est à l'Académie de l'indiquer aux pouvoirs publics, disent les uns ; c'est aux médecins seuls à prendre les mesures nécessaires, disent les autres. Et en fait sur l'avis de qui les pouvoirs publics, d'après qui l'entourage des malades, pourront-ils prendre les précautions recommandées, si ce n'est sur celui des médecins qui sont seuls juges du diagnostic, sans lequel rien ne peut être fait ?

En publiant actuellement des instructions sur la contagion de la tuberculose, on s'y prend un peu tard (Jaccoud). On semble ne s'apercevoir que d'aujourd'hui de cette contagion, connue cependant depuis la découverte de Koch. On a un peu l'air de découvrir l'Amérique, de sorte que non seulement les instructions sont inutiles, mais encore le débat lui-même est inopportun et laisserait à penser que l'Académie retarde sur le mouvement scientifique actuel.

Si l'inefficacité des instructions publiques en matière d'hygiène, si l'inopportunité de cette mesure sautent aux yeux, le danger qu'il y aurait à cette publication nous paraît des plus exagérés. D'abord le meilleur moyen de l'éviter, c'était de ne pas prolonger le débat qui a fait l'objet de beaucoup d'articles dans les journaux politiques. Ensuite, outre que les instructions touchent peu le public en général, il y a aujourd'hui beaucoup de tuberculeux qui savent qu'ils le sont sans s'en effrayer, et leur entourage ne les considérera certainement pas plus comme des pestiférés le jour où l'Académie aura publié la contagion de la tuberculose, à condition toutefois que l'on n'exagère pas cette idée de la contagion de la tuberculose, comme le seul mode d'acquisition de cette maladie.

Or, c'est là où on semble en venir et on a fort heureusement rappelé qu'il y avait quelque chose qu'on appelait hérédité, prédisposition, qu'on ne connaissait pas dans sa nature, qu'on ne pouvait prévoir dans ses manifestations, mais qui était une condition essentielle cependant au développement de la tuberculose. On a rappelé aussi que l'air confiné (Trasbot, Lancereaux), que certaines maladies, que l'alcoolisme (Lancereaux) étaient des conditions très favorables à son développement. Que la contagion directe existe, cela ne fait de doute pour personne, et M. Cornil a prononcé à ce sujet un remarquable discours. Mais, à côté de la tuberculose pulmonaire dont on a l'air de parler exclusivement, il y a toutes les tuberculoses chirurgicales qui, elles, ne se gagnent pas par les crachats desséchés, ni même par le pus tuberculeux. La viande a été reconnue sans danger. Le lait, après bien des contestations, a été admis comme dangereux quelquefois (Nocard), et la tuberculose bovine diminue considérablement en raison inverse de celle de l'homme (Trasbot), ce qui tend à prouver le peu de danger du lait, à moins que cela ne tienne (Bouchard) à la surveillance active des abattoirs de Paris, qui repoussent toute viande tuberculeuse et empêchent ainsi les marchands d'amener dans Paris des vaches tuberculeuses. Mais le crachat, voilà l'ennemi et presque le seul (G. Sée). Le croire c'est ne voir qu'un des côtés de la question. Quant au mode de contagion il y a eu un malentendu qui eût été bien facilement dissipé dès le début, mais que M. Verneuil a seulement signalé dans la dernière séance. M. G. Sée nie la contagion atmosphérique. M. Hérard l'admet énergiquement. Cela tient tout simplement à ce qu'ils n'entendent pas la même chose sous le même nom. M. Sée nie que l'air expiré renferme jamais de bacilles et soit par conséquent contagieux, tandis que M. Hérard entend, par contagion atmosphérique, le transport par l'air des bacilles provenant des poussières de crachats desséchés. En se combattant ils se sont donc battus contre une chimère. Chacun a parfaitement raison dans ce qu'il soutient et tout le monde est de l'avis de chacun.

Quant aux moyens à employer, quels sont-ils, quels peuvent-ils être pour enrayer cette contagion ? Que vient-on nous parler de prophylaxie de la tuberculose ? Pour prendre des mesures sérieuses, il faudrait savoir en quoi consiste la prédisposition. Or, on n'en connaît ni la nature, ni les symptômes. Que prescrire contre elle ? Des règles d'hygiène ordinaire ? Elles ne feront que donner une fausse sécurité, et elles ne peuvent avoir en tous cas la prétention d'être appelées prophylactiques. Si elles le sont, elles le sont au même titre pour la tuberculose que pour tout autre maladie.

Sur ce point encore de la prophylaxie pure, il y a eu une confusion sur laquelle personne n'a attiré l'attention. Des mesures prophylactiques doivent être employées, et pour empêcher que des gens prédisposés deviennent tuberculeux, en dehors même de la contagion, et empêcher que les gens tuberculeux ne contaminent par contagion directe ceux qui ne le sont pas. Or, c'est ce dernier point seul que l'instruction visait. C'est M. G. Sée qui a surtout montré l'inanité des mesures hygiéniques simples (Hardy, Le Roy de Méricourt) à prendre, et contre la prédisposition tuberculeuse et contre la contagion. Sans doute on ne saurait trop recommander l'aération suffisante des logements, surtout dans les collectivités ; on ne saurait trop combattre l'alcoolisme, mais ne faire boire que du lait bouilli aux

enfants et aux malades, c'est assurément exagéré. L'Académie a du reste déclaré autrefois le danger du lait bouilli pour les enfants. En recommander aujourd'hui l'usage n'est pas fait pour donner beaucoup de crédit à ses conseils. Vouloir empêcher un phtisique de cohabiter avec sa femme est une pure fantaisie. Vouloir éliminer des lycées, des administrations, des collectivités quelconques tous les tuberculeux, est bien difficile dans beaucoup de cas. Qu'en fera-t-on ? C'est facile pour l'armée, pour les collèges, mais pour des ateliers où des ouvriers se trouveront sans travail, sans asile, nous ne voyons pas trop comment on s'y prendra, à moins de les hospitaliser. Mais encore cette élimination ne pourra-t-elle se faire que dans des ateliers et des administrations de l'Etat. Combien plus nombreux sont ceux sur lesquels on n'aura aucune action !

Reste la question des crachats. Pour les combattre on ne trouve qu'une chose : faire cracher les malades dans un crachoir contenant de l'eau ; faire bouillir et au besoin brûler tous les linges souillés par des crachats ou par du pus, supprimer toute tenture ou tapis dans les chambres des tuberculeux. C'est très facile à dire, beaucoup moins à faire. Rien de plus simple dans des familles riches. Mais chez de pauvres gens, n'ayant que juste assez de linge. il n'y faut pas songer. En somme, on n'est arrivé qu'à une chose : le crachoir à eau. Voilà à quoi aboutit cette longue discussion, comme on l'a fait justement observer. Mais s'il est vrai que ce résultat est maigre en comparaison du mal qu'on s'est donné, cela prouve simplement que les conclusions de la commission étaient exagérées. Elle l'a compris, en acceptant de faire voter au choix, sur son texte et le texte réduit, condensé de M. Bergeron. Un dernier point a soulevé la discussion, c'est celui de l'intervention des pouvoirs faibles, proposé par M. Trélat et combattue par MM. Verneuil, Le Fort, Dujadrin-Beaumetz, etc. Il a été cependant facile de s'entendre, en se contentant d'*attirer l'attention* des pouvoirs publics, formule large, peu compromettante qui n'engage à rien et couvre la responsabilité de l'Académie. De sorte, qu'en fin de compte, voici à quoi on s'est définitivement arrêté comme conclusions :

1° La tuberculose est une maladie parisitaire et contagieuse ; le microbe, ayant de la contagion, existe surtout dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phtisiques et le pus des plaies tuberculeuses. Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste donc à détruire les crachats et le pus, avant leur dessication, par l'eau ou par le feu. 2° Le parasite se trouve aussi quelquefois dans le lait des vaches tuberculeuses; il est donc prudent de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir. 3° L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, telles que lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'Etat.

Sur quelques formes cliniques de la Grippe infectieuse.

Dans une très intéressante communication à la *Société médicale des hôpitaux,* M. Huchard a appelé l'attention sur certaines formes de la grippe peu connues ou non encore décrites et qui montrent qu'en dehors des formes douloureuses et fébriles, le plus souvent bénignes, cette maladie présente quelquefois une allure infectieuse ou maligne, capable de déconcerter la thérapeutique la mieux entendue et d'occasionner les accidents les plus graves chez les malades imprudents ou chez ceux qu'on a laissé sortir trop tôt. Ces symptômes portent sur l'appareil pulmonaire, le système cardio-vasculaire ou les organes gastro-intestinaux.

Du côté de la poitrine, Graves avait déjà signalé en 1837, et M. Huchard rapporte récemment, des accidents assez singuliers survenant rapidement, soit à la suite de complications pulmonaires, soit primitivement. Ils consistent en une dyspnée intense que n'explique ni l'état des poumons ni celui des reins. Pas de fièvre, mais une véritable asphyxie sans aucun signe de bronchite ou de congestion. Les médicaments expectorants sont alors contre-indiqués. Il faut, au contraire, relever les forces du malade par l'alcool, le quinquina, les injections d'éther et de caféine et exciter la contractilité des muscles bronchiques par la noix vomique ou les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. Il y a dans ces cas une diminution de la contractilité pulmonaire qui peut produire chez certains malades une sorte de congestion pulmonaire, passive, atélectasique, différente de la congestion active, hémoptoïque, et caractérisée par son siège à la base des poumons (elle est le plus souvent bilatérale) et des râles crépitants très fins et très nombreux surtout pendant les grandes inspirations. Il y a donc, chez certains grippés, une asthénie particulière du système nerveux portant principalement sur le nerf vague et pouvant donner lieu à une forme bulbaire de la maladie quelquefois avec symptômes graves de paralysie du pneumogastrique (faiblesse, ralentissement et irrégularité extrême du pouls, respiration de Cheyne-Stokes en dehors de toute complication rénale). Le mauvais fonctionnement du nerf vague peut encore se traduire par des douleurs rappelant celle de l'angine de poitrine, par des symptômes graves de collapsus cardiaque ou, dans des cas moins sérieux, par un phénomène que M. Huchard qualifie du nom de pouls instable, phénomène qu'on observe d'ailleurs dans d'autres états adynamiques. Dès que le malade passe de la position horizontale à la verticale, le pouls s'accélère et peut arriver à 130. Il reprend son rythme ordinaire lorsque le malade s'étend de nouveau. C'est là évidemment un signe de débilité cardiaque et d'affaiblissement de la tension artérielle dont il faut rechercher l'explication dans l'une des deux hypothèses suivantes : ou les phénomènes cardiaques sont déterminés par une myocardite analogue à celle qu'on voit survenir dans d'autres états infectieux, ou ils sont dus à des troubles fonctionmels du pneumo-gastrique. Cette dernière opinion semble justifiée par ce fait que les accidents se présentent presque toujours sous une forme paroxystique. Cette théorie n'est pas, au fond, absolument nouvelle, car, en 1881, M. Vovart (de Bordeaux) avait déjà soulevé l'hypothèse d'une origine neurasthénique de la grippe. Mais peut-être ne faudrait-il pas oublier que cette paralysie du pneumogastrique, si tant est qu'elle existe, n'est probablement elle-même qu'un effet; qu'elle est due à l'action de l'infection grippale sur le système nerveux par un mécanisme vraisemblablement analogue à celui qui produit les paralysies diphtéritiques, elle n'est donc qu'une complication de la grippe, complication secondaire, puisqu'elle se produit plusieurs jours après le début de la maladie dont elle ne saurait, par conséquent, être considérée comme une cause. Parmi les accidents gastro-intestinaux peu étudiés, M. Huchard signale une forme particulière d'embarras gastrique à laquelle il donne la qualification d'*infectieuse*. En effet, pendant plus d'un mois, la langue reste saburrale. l'inappétence est absolue, l'augmentation de volume de la rate et du foie traduit un état infectieux qui se révèle encore par la prostration extrême des forces et quelquefois par la présence d'albumine dans les urines.

Dans ces formes graves de la grippe, la longue durée de la convalescence est encore une preuve de la nature infec-

tieuse de la maladie qui produit un épuisement do l'organisme, notable à l'examen des urines, par la diminution considérable de l'excrétion des phosphates et de l'acide phosphorique. Ce caractère des urines est encore une preuve en faveur de l'action prédominante de la cause de la maladie sur le système nerveux et explique les bons résultats de l'administration du phosphate de chaux et même du phosphure de zinc qui, comme on le sait, sont des médicaments très aptes à tonifier le système nerveux.

L. R. Regnier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 *janvier* 1890. — Présidence de M. Hermite.

MM. Chabrié et Lapicque étudient l'*action physiologique de l'acide sélénieux*. Il faut une dose d'acide sélénieux un peu supérieure à 2/1000 pour empêcher la fermentation du bouillon sous l'action des microbes vulgaires de l'air. Avec des doses moindres, cette fermentation s'établit et alors l'acide sélénieux est réduit. Cette réduction se fait au contact des microorganismes. Sur les animaux supérieurs, l'acide sélénieux possède un pouvoir toxique considérable : le sélénite de soude a une action très irritante. Rabuteau attribuait cette action à la formation dans le sang d'une masse de cristaux aciculaires que MM. Chabrié et Lapicque n'ont jamais constatés.— Le travail de ces derniers auteurs contient en outre des considérations sur les analogies et les dissemblances physiologiques entre le soufre et le sélénium.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 *janvier* 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Cadéac, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, a découvert dans les organes malades d'un chien atteint de tumeurs ganglionnaires multiples *un Bacille en tout semblable au Bacille pyocyanique*. Il en conclut donc que cet organisme est plus fréquent qu'on ne le croit, et que le microbe chromo-aromatique, décrit il y a quelque temps par M. Galtier, lui est identique. M. Charrin a pu vérifier la nature du microbe de M. Cadéac, et constater que c'était bien le Bacille pyocyanique de Gessard.

M. Laborde. — Il n'est pas actuellement de livre classique dans lequel on trouve une proposition ferme *sur les fonctions du cervelet*. Je me suis occupé particulièrement de cette question et je viens vous entretenir d'un point particulier de la question. Flourens, mettant à nu le cervelet et le lésant dans ses parties superficielles, n'obtint aucun résultat. Avec des sections plus profondes, on constate au contraire l'incoordination, de la façon la plus nette. Le fait est indiscutable ; on ne peut guère discuter que sur l'interprétation. L'excitabilité de l'écorce du cervelet est nulle ; et il faut que la lésion aille profondément jusqu'aux pédoncules cérébelleux. Lucciani a prétendu, à ce propos, que l'incoordination n'appartenait pas au cervelet, mais à ses pédoncules ; mais ceux-ci sont une émanation du cervelet et ne peuvent en être séparés. Les phénomènes que l'on observe diffèrent légèrement suivant le pédoncule excité, supérieur, moyen ou inférieur, mais sont toujours caractérisés par la prédominance des désordres de coordination. Lucciani enlève le cervelet de la façon la plus complète possible sur le chien, et s'arrange de façon à obtenir une survie qui peut être de huit mois. Tout d'abord il observe de l'incoordination, qu'il attribue au traumatisme. Dans une seconde période, ce qui parait dominer, c'est la parésie, car l'animal se tient seul sur ses pattes, mais il nage très bien. Le cervelet ne présiderait donc pas à l'association des mouvements, au sens musculaire, comme l'a dit Lussana, mais au tonus musculaire. Ces conclusions ne me paraissent pas exactes. Sur des poules et des pigeons que j'ai pu conserver vivants pendant deux ans, après l'ablation du cervelet, la force musculaire n'est pas abolie; en les excitant ou en leur attachant des poids à la patte, on constate qu'il n'y a pas de parésie. La force musculaire, si elle n'est pas normale, s'en rapproche énormément, et l'on ne peut baser une théorie sur la parésie qui n'est qu'apparente. La clinique vient à l'appui de mon opinion. Je rappellerai une observation probante de Vulpian, portant sur une femme qui ne pouvait marcher sans pousser une chaise devant elle. Sa force musculaire était restée considérable; elle serrait la main « à faire mal. » A l'autopsie, on trouva une destruction complète de l'écorce grise du cervelet.

M. Nicati envoie une communication sur le *rôle de la membrane chorio-pupillaire dans la sécrétion de l'humeur aqueuse*.

MM. Arthaud et Butte communiquent le résultat de diverses expériences relatives à l'*influence exercée par le nerf vague sur la sécrétion biliaire*. Le dispositif employé consiste dans une canule introduite dans le canal cholédoque et munie d'un tube de verre dans lequel les longueurs parcourues servent de mesure à l'intensité de la sécrétion. Les chiens étaient curarisés et les lapins maintenus par contention simple. Les deux auteurs ont constaté dans ces conditions : 1° Que l'excitation faradique des nerfs vagues *in continuo* produisaient une augmentation de la sécrétion biliaire. — 2° Que telle augmentation était due à l'excitation centripète, car l'excitation du bout périphérique après section provoquait au contraire une diminution de la sécrétion. — 3° Que ces phénomènes n'étaient point comme on pourrait le croire dûs à une action de retentissement des troubles circulatoires, car l'excitation au-dessous du cœur, pratiquée dans les mêmes conditions, donne les mêmes résultats qu'au cou.

Les auteurs concluent à une action vaso-motrice du pneumogastrique sur le foie.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *janvier* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Bouchard donne communication de faits intéressants qu'il a reçus de M. Tueffert (de Montbéliard), sur la *pathogénie de la grippe*. En l'espace de dix jours, il a pu suivre la propagation de la maladie chez onze personnes, et par les circonstances dans lesquelles s'est faite cette propagation il semble qu'il y ait eu véritable contagion. Ces faits, ainsi que la progression de la grippe par étapes successives entre villes ayant de larges communications avec les autres, puis entre les plus petites villes, tendraient donc à prouver que la grippe est contagieuse, ce qui ne concorde pas avec ce qu'on croyait jusqu'ici. Après avoir affirmé la non-contagion, M. Bouchard croit qu'il faut être plus réservé. Il pense que la grippe est due à un microbe. Mais à un microbe familier, inoffensif d'ordinaire, qui, par suite de circonstances particulières, peut, ou acquérir une virulence qu'il ne possédait pas, ou se fixer sur un organisme débilité qui ne peut plus le tolérer. Ce qui parait confirmer cette opinion c'est quo les trois microbes qu'il a trouvés sont des microbes vulgaires : le Staplylococus pyogenes aureus, le Pneumocoque et enfin le Streptocoque. Il ne pense pas que les pneumonies dites grippales aient aucun caractère différent des pneumonies vulgaires. C'est parce que la virulence du microbe de la pneumonie augmente au fur et à mesure du développement de l'épidémie que la contagiosité des pneumonies de la grippe augmente parallèlement. C'est pour cela aussi que lorsque l'épidémie de grippe tend à disparaître, les pneumonies infectieuses persistent. En somme, ce qui est certain c'est que dans la grippe il survient un élément infectieux qui résulte, soit de la diminution de la défense de l'organisme, qui peut laisser passer des agents qui jusqu'alors n'étaient pas pathogènes, soit de l'exaltation do

la virulence des microorganismes qui jusqu'alors habitaient en nous sans inconvénient.

M. OLLIVIER rapporte un fait de contagion chez un chat. Une dame ayant la grippe avec expectoration abondante, ayant rejeté après l'avoir mâché un morceau de viande, son chat le mangea et fut pris dès le lendemain de grippe dont il mourut trois jours après. En 1867, il a présenté à la Société de Biologie la relation d'une épidémie de grippe chez cinq chats, qui sont morts avec broncho-pneumonie. Il pense que ce qui est le plus dangereux, ce n'est pas la pneumonie franche, dont la plupart guérissent, mais la broncho-pneumonie qui entraîne presque toujours la mort. Il pense, en somme, que la grippe est contagieuse par le mucus nasal et l'expectoration.

M. TARNIER présente à l'Académie une infirmière de la clinique qui, habituellement chargée des injections de sulfate de cuivre, présente depuis quelques jours une *éruption* localisée aux mains. De plus, elle est analgésique sur tout le corps.

M. FOURNIER croit que cette éruption est due au maniement du sulfate de cuivre, et rentre dans la catégorie des pseudo-eczémas professionnels décrits par Hardy, Lailler, Rozier. Cet antiseptique paraît dangereux.

M. FÉRÉOL ne le croit pas, car la malade ayant des crevasses, il y aurait dû avoir absorption et que cependant il n'y a pas trace d'intoxication.

M. LABORDE dit que le sulfate de cuivre est très toxique; ce qui explique le manque d'accidents en ce cas, c'est la faible quantité du toxique absorbée.

Fin de la discussion sur la prophylaxie de la Tuberculose.

M. VERNEUIL, au nom de la commission, dit, qu'après examen de la proposition de M. Bergeron, elle est parfaitement d'accord avec lui au point de vue médical, mais que le désaccord existe seulement sur le choix des deux textes : le texte primitif de la commission et le texte réduit de M. Bergeron. Deux paragraphes ont été ajoutés depuis par ce dernier au sujet du danger du lait de vaches tuberculeuses, et de l'intervention des pouvoirs publics vis-à-vis des collectivités.

Après un échange d'observations entre MM. BERGERON, VERNEUIL, G. SÉE, le premier paragraphe de la proposition de M. Bergeron est mis aux voix et adopté. (Pour ce paragraphe et les suivants, voir le *Bulletin*).

Sur le second paragraphe, concernant l'ébullition du lait, M. HÉRARD demande qu'on ajoute : « surtout pour les jeunes enfants. »

M. LE FORT fait observer que l'Académie a autrefois désapprouvé le lait bouilli pour les enfants.

M. NOCARD cite des cas de contagion directe par le lait de vaches tuberculeuses. Ce lait est d'autant plus dangereux que la tuberculose bovine est très difficile à diagnostiquer, et que c'est presque impossible (mammite tuberculeuse). Le lait se trouve donc infecté sans qu'on puisse s'en douter.

M. BROUARDEL cite un cas de contagion par le lait dans un pensionnat de jeunes filles et on reconnut, en effet, à l'abattoir, que la vache qui fournissait le lait de la maison était tuberculeuse.

Après un échange d'observations de MM. LANCEREAUX, BOUCHARD, LE FORT, TRÉLAT, OLLIVIER, le second paragraphe est adopté.

Le troisième paragraphe soulève de vives observations de MM. Le Fort, Dujardin-Beaumetz, qui pensent qu'on ne peut faire aucune loi pour exclure des collectivités les tuberculeux, alors qu'il n'y en a pas pour en exclure d'autres maladies contagieuses, et de MM. Ollivier, Trélat et Bouchard, qui pensent qu'on doit toujours donner aux administrations le conseil de prendre telles mesures nécessaires pour empêcher la contagion.

M. BROUARDEL propose un amendement à la proposition de M. Trélat, appelant seulement l'attention des pouvoirs publics sur le danger qu'il y a à conserver les tuberculeux au sein des collectivités. M. Léon COLIN se rattache à cet amendement. Finalement le troisième paragraphe amendé par M. Brouardel est adopté à une grande majorité,

PAUL SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 Janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

M. DUMONTPALLIER annonce la mort de M. F. Dreyfous, et donne lecture d'une lettre de remercîments de M. Labric.

M. LEREBOULLET communique au nom du Dr SOREL, le compte rendu des cas de *fièvre typhoïde qu'il a soignés à Marseille pendant l'année* 1889 (1). Cette statistique porte sur 105 cas et ne compte que 5 décès. Si on ajoute ceux qui ont duré moins de 11 jours, la mortalité serait moindre de 3 0/0. Dans la statistique décennale antérieurement publiée par le Dr Sorel, le chiffre des décès atteignait 7 0/0. Aussi faut-il peut-être considérer les résultats de l'année 1889 comme exceptionnellement favorables. Le Dr Sorel n'a employé les bains ou les affusions froides que dans un petit nombre de cas où l'indication était très nette. Le thérapeutique de la fièvre typhoïde doit être suivant lui purement symptomatique.

M. LAVERAN présente un travail sur les *hématozoaires du paludisme*. Il a trouvé dans le sang des individus atteints de l'infection paludéenne des parasites analogues à ceux qu'on retrouve dans le sang de certains animaux (lézards) et décrits notamment chez les oiseaux par Dalilevoski. Ces parasites se rapprochent par leurs réactions biologiques des toxiques. Il n'y a pas de doute possible sur la relation de cause à effet entre leur présence dans le sang et l'infection palustre. Le travail se termine par l'exposition du procédé technique qui permet de déceler la présence du parasite dans le sang.

M. DUPONCHEL (Val-de-Grâce) pense, d'après 3 cas qu'il vient d'observer, qu'on peut considérer les pneumonies actuelles comme une manifestation de la grippe plutôt que comme une épidémie concomitante de pneumonie. Chez ces 3 malades atteints antérieurement de grippe, on trouvait tous les signes physiques de la pneumonie. Mais l'expectoration caractéristique manquait. Les crachats étaient peu abondants, liquides, visqueux, analogues à ceux de la bronchopneumonie. Au lieu d'avoir une marche cyclique, comme la pneumonie franche, la maladie a procédé par poussées, qui se sont traduites chaque fois sur la feuille de température. Durée longue (environ trois semaines); au déclin, sueurs nocturnes, troubles nerveux variés, lassitude extrême, rappelant la fin d'une grippe. Ces 3 malades ont guéri malgré un état inquiétant à un certain moment. — Il n'y avait dans leurs crachats ni bacilles de Koch, ni les diplocoques capsulés de la pneumonie. Une souris inoculée avec les crachats d'un de ces malades a cependant succombé. La pneumonie grippale ne doit donc pas être confondue avec la pneumonie fibrineuse. L'aspect des crachats et l'absence de diplocoques sont des arguments décisifs en faveur de cette opinion.

M. LAVERAN.— J'ai eu dans mon service un certain nombre de cas identiques. Mais d'autre part j'en ai observé de plus graves, véritablement infectieux. Dans ces formes, j'ai rarement rencontré le pneumocoque. Les streptocoques se trouvaient au contraire en abondance dans les crachats. Chez un malade convalescent de dysenterie, la maladie a éclaté dans le service, ce qui donnerait à penser que la contagion est possible. A l'autopsie, pneumonie suppurée ouverte dans la plèvre, pneumothorax. Dans 4 cas il y a eu pneumonie suppurée, pleurésie et empyème. Chez un malade, atteint d'endocardite ancienne et pris de grippe, survint tout à coup une fièvre vive sans localisations nettes, puis pleurésie; quelques jours après aggravation des signes généraux, péritonite, mort. A l'autopsie : pleurésie purulente, épanchement abondant, péritonite suppurée, péricardite, pas de pneumonie. La rate, énorme, pesait 500 gr., elle était ramollie; dégénérescence du foie, comme dans les maladies infectieuses. J'ai aussi observé une péritonite aiguë suppurée que rien n'expliquait. Un autre atteint de pneumonie droite a succombé à une myélite ascendante. J'ai souvent examiné le sang au début de la grippe, je n'y ai trouvé ni pneumo-

(1) Cette statistique sera imprimée dans les comptes rendus de la Société.

coques, ni streptocoques, alors que ces derniers pullulaient dans les crachats. Sous l'influence de certaines conditions atmosphériques prennent-ils une virulence particulière et jouent-ils alors un rôle dans la production de la grippe? C'est possible, mais c'est là une pure hypothèse. Ce qui est intéressant dans ce cas c'est l'absence du microbe de Fraenkel.

M. CHANTEMESSE. — L'examen du sang de huit malades au début de la grippe, pratiqué par M. Widal et moi, soit frais soit après coloration au bleu de méthylène, nous a montré un accroissement du nombre des globules blancs, mais aucun parasite. Les cultures du sang, faites dans les milieux ordinaires à cette *période du début de la maladie*, sont restées stériles. Nous avons remarqué, dans un certain nombre de cas de bronchite, une odeur spéciale aigrelette et quelquefois très fétide des crachats.

M. LAVERAN. — J'ai constaté comme M. Chantemesse l'augmentation du nombre des globules blancs. Leur présence en si grande abondance pourrait jusqu'à un certain point expliquer la rapidité des suppurations.

M. COMBY. — Le fait d'hypertrophie de la rate signalé par M. Laveran peut être considéré comme exceptionnel. Malgré ce qu'on a dit en Allemagne et à St-Pétersbourg, il est vrai d'après des mensurations faites pendant la vie, sur 5 autopsies de grippe, je n'ai trouvé qu'une fois la rate grosse, chez un individu atteint de phtisie fibroïde avec dilatation du cœur. Sa mort subite, dans une syncope, au 3e jour de sa maladie, s'explique naturellement par la présence dans le ventricule droit d'un énorme thrombus qui se propageait dans l'artère pulmonaire. Chez les 4 autres, la rate était très petite (50 grammes dans un cas).

M. DUPONCHEL. — Mes observations concordent avec celles de M. Comby.

M. GUYOT. — Chez une de mes infirmières qui a succombé rapidement à des symptômes méningitiques (40° de température, convulsions, coma) à la suite d'une grippe, j'ai trouvé une rate pesant 610 grammes, non diffluente. Cette femme n'avait pas eu de fièvre intermittente. Chez une autre femme morte de péritonite de cause inconnue, la rate était aussi volumineuse. Je n'ai pas rencontré, chez mes autres malades de grippe, de grosse rate.

M. LAVERAN. — Je n'ai pas dit que la rate s'hypertrophie toujours. Mais, dans certains cas, où la grippe revêt une forme infectieuse, cette hypertrophie se comprend aisément.

M. CHANTEMESSE. — Chez un malade qui a succombé à une broncho-pneumonie généralisée, nous avons aussi trouvé, M. Widal et moi, la rate avec un volume et un poids presque doubles de la normale.

M. VAILLARD. — J'ai fait avec M. VINCENT l'examen des viscères, du sang, des liquides épanchés et des crachats dans les cas de grippe bénigne ou sévère. L'examen microscopique aussi bien que les cultures nous ont révélé la présence d'un streptocoque qui paraît analogue à celui de l'érysipèle, sans qu'il nous soit possible encore de préciser l'ensemble des caractères qui le rapprochent ou le distinguent du microbe de Fehleisen. La fixité des résultats obtenus porte à croire que ce microorganisme joue un rôle important dans la pathogénie des accidents de la grippe. Est-il la cause de la maladie? Représente-t-il un organisme nouveau? Nous ne sommes pas suffisamment éclairés sur ce point particulier pour rien affirmer.

M. NETTER. — Un certain nombre de sujets bien portants ont des streptocoques dans la salive. Il faut, par conséquent, garder quelques réserves. Le streptocoque n'est pas d'ailleurs le seul microbe qu'on rencontre chez les individus atteints de grippe. J'ai aussi trouvé le pneumocoque, soit seul, soit associé au streptocoque. Je crois encore que la grippe est une affection survenant par suite de conditions climatériques qui donnent une activité pathogène aux microbes que, normalement, nous avons dans la bouche, ainsi que cela a été signalé dans une excellente thèse de 1887 (1).

M. DU CAZAL. — J'ai trouvé dans les crachats des malades de grippe différents organismes. Mais dans tous le streptocoque domine, confirmant ainsi les idées de M. Vaillard. Sur onze cas de pneumonie je n'ai eu qu'un décès. Je n'ai donc pas rencontré les formes graves décrites par M. Laveran et dans lesquelles il y a, je pense, intervention de quelque élément étranger à la maladie primitive. J'ajouterai que dans quatre cas où j'ai cherché le pneumocoque je ne l'ai pas rencontré. Les crachats d'un malade, qui avait de la bronchite simple, inoculés à une souris, l'ont fait périr. Un lapin inoculé avec du pus provenant de cette souris a succombé avec des pneumocoques. La bouche du malade contenait probablement des pneumocoques. Car les inoculations pratiquées avec les crachats du même individu après nettoyage antiseptique de la bouche n'ont rien produit.

M. CHANTEMESSE. — La présence du streptocoque dans les organes des individus morts de grippe est probablement due à une infection secondaire, car un des caractères principaux de l'influenza est de favoriser puissamment la pénétration et la culture dans l'organisme de microbes qui, sans elle, sont rapidement détruits (streptocoque, pneumocoque, staphylocoque). — Ces infections secondaires, tout en pouvant jouer un rôle très important dans la gravité de la maladie, n'ont avec son principe aucun rapport direct. La présence du pneumocoque ne prouve donc pas qu'il soit cause de la grippe. Les cultures de sang que nous avons faites, M. Widal et moi, se sont, je le rappelle, toujours montrées stériles. Vers la fin de la maladie, des microbes étrangers à la maladie peuvent pénétrer dans le sang. C'est ainsi que le sang, extrait par ponctions de la rate à un malade qui depuis plusieurs jours déjà souffrait d'une grippe assez grave, nous a donné par la culture deux microbes probablement banaux qui n'étaient pas des streptocoques.

M. VAILLARD. — J'ai voulu simplement montrer que le streptocoque pouvait jouer un rôle dans ces complications de la grippe, mais je n'ai pas la prétention d'avoir découvert le microbe de cette maladie. J'ai seulement constaté que les lésions de la pneumonie grippale ne ressemblaient pas à celles de la pneumonie franche et, de plus, qu'on trouvait toujours le streptocoque. Je ne vais pas au delà de ces constatations.

M. NETTER. — Ces pneumonies ont traîné fort longtemps, fait défavorable à la recherche du pneumocoque. J'ai pu cependant le trouver quelquefois dans les points les plus récemment pris, tandis que dans les parties plus avancées il y avait du streptocoque.

M. HUCHARD appelle l'attention sur quelques formes cliniques de la maladie. Il décrit notamment des accidents pulmonaires et cardiaques dûs à une sorte de paralysie du pneumogastrique et un état d'embarras gastrique persistant qu'il qualifie d'infectieux. Il insiste sur la nécessité de combattre les symptômes cardio-pulmonaires par les toniques du cœur et les symptômes gastriques, en amenant la dépuration de l'organisme, par les divers émonctoires et l'antisepsie gastro-intestinale.

M. FERRAND a émis aussi l'opinion que les accidents cardio-pulmonaires avaient une origine névrosique. Cette origine lui paraît incontestable, étant donnée la soudaineté de certaines congestions passives, la sidération au début chez certains sujets et la neurasthénie profonde qui suit certains cas. Les sueurs qui surviennent chez les convalescents prouvent également l'altération du système nerveux vaso-moteur. On peut donc admettre une perturbation générale du système nerveux, puisque ses diverses fonctions sont atteintes. M. Ferrand, à l'inverse de M. Huchard, a surtout observé des congestions actives et très localisées.

M. HUCHARD, prenant acte de la déclaration de M. Ferrand, persiste à attribuer les congestions passives à une sorte d'affaissement du poumon. Il n'a pas dit que la grippe se localise toujours sur le bulbe, mais bien qu'en se fixant quelquefois sur la moelle allongée elle pouvait donner naissance à une forme bulbaire. Il signale aussi, en dehors des pleurésies vulgaires, plusieurs cas où il a trouvé un épanchemen hémorrhagique sans suppuration consécutive.

L. R. REGNIER.

(1) Ménétrier. — Grippe et pneumonie en 1886.

PIÈCES ANATOMIQUES ARTIFICIELLES. — On lira dans l'*Année médicale de Caen* une très intéressante étude sur les prédécesseurs d'Auzoux et en particulier sur les pièces de M. Ameline (de Caen).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. LE DENTU ET TERRIER.

M. NICAISE remercie la Société de l'avoir nommé président, et s'excuse, pour raisons de santé, de ne pouvoir présider les séances.

M. LE DENTU quitte le fauteuil de la présidence. M. TERRIER lui succède, comme vice-président.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose sur le bureau deux observations, avec moules, de M. PIÈCHAUD (de Bordeaux), membre correspondant. Elles ont trait à deux cas d'*extirpation de l'astragale pour pieds bots.*

Suite de la discussion sur le traitement des Pieds bots.

M. NÉLATON, à propos du procès-verbal, appelle l'attention de la Société sur une nouvelle méthode de traitement des pieds bots, signalée, pense-t-il, pour la première fois par Rydygier en 1882, et analysée dans la Thèse d'agrégation de M. Schwartz (1883). De cette façon, on ménage davantage le squelette utile du pied. Il a opéré ainsi deux enfants.

Petite fille de 8 ans, atteinte de deux pieds bots congénitaux; marche impossible; bourses séreuses enflammées sur le dos du pied. — Opération le 12 juillet 1889 : incision de Phleps (pied droit) ; comme on n'obtient pas de redressement, extirpation de la tête de l'astragale, ablation de la grande apophyse du calcanéum et ténotomie d'Achille. — Sur le pied gauche, d'abord incision de Phleps, aucun résultat ; puis extirpation de la tête de l'astragale, rien non plus. Ablation de la grande apophyse du calcanéum ; redressement suffisant. Cependant l'équinisme ne fut pas corrigé, et, trois semaines après, il fallut opérer à nouveau pour y remédier. M. Nélaton ayant remarqué qu'à la face externe de la facette astragalienne il existait une sorte d'apophyse osseuse qui empêchait le pied de se relever, se décida à l'enlever; ce qu'il fit le 28 octobre, c'est-à-dire deux mois après. Incision entre le bord antérieur de la malléole externe et le bord externe des tendons des muscles du dos du pied; il découvrit le calcanéum et fit sauter cette sorte de cale osseuse en même temps qu'il faisait la ténotomie d'Achille. L'équinisme fut corrigé. Comme il persistait un peu de varus, il enleva encore une portion du col de l'astragale. Le résultat est excellent, comme on peut le voir sur l'enfant que M. Nélaton présente.

M. Nélaton, très frappé de l'existence de cette cale osseuse et de son importance comme obstacle au redressement, fit des recherches sur son existence dans les pieds bots, et, au Musée Dupuytren, on trouva trois exemples très nets (n° 155, *a*, *b*, *c*). C'est donc une disposition presque constante. Il en conclut que, pour remédier à l'équinisme, il devait suffire d'enlever cette cale osseuse, sans enlever en totalité l'astragale. Aussi fit-il cette opération dès qu'il en eut l'occasion.

Mrg. Brdn., petite fille atteinte de pieds bots congénitaux. Les pieds reposent sur le sol par leur face dorsale. Les lésions sont manifestement astragaliennes. M. Nélaton se décide à attaquer d'emblée la cale osseuse qui maintient l'équinisme, le 26 décembre 1889. Incision entre le péroné et les tendons des muscles du dos du pied. Ablation de la cale osseuse. L'équinisme disparut de suite.

M. Nélaton a constaté aussi que le varus est surtout dû à la luxation du scaphoïde en dedans et à l'hypertrophie de la tête et du col de l'astragale. La section des ligaments internes ne pourra donc pas suffire dans tous les cas; de même l'ablation de la tête et du col de l'astragale, pour corriger le varus. En effet, le varus est dû parfois aussi à la subluxation du cuboïde ; pour y remédier, il faudra donc réséquer encore une portion de la grande apophyse du calcanéum (par la méthode sous-périostée). — Aussi, dans une troisième opération, M. Nélaton a-t-il fait successivement sauter la tête de l'astragale, la grande apophyse du calcanéum (1 cent. de partie osseuse), la résection de la cale osseuse de l'astragale; et le résultat a été superbe d'emblée. Comme il est préférable de sacrifier le moins possible du squelette osseux du pied, il recommande son procédé, bien entendu à redressement égal.

M. JALAGUIER a opéré deux *pieds bots paralytiques* par l'extirpation de l'astragale, la section des aponévroses plantaires et la ténotomie d'Achille. Pas de drainage, sutures osseuses au catgut après avivement des surfaces osseuses mises en contact. Guérison parfaite et résultat orthopédique très beau.

M. HUMBERT a fait une fois l'ablation de l'astragale et de la partie externe du calcanéum chez un enfant atteint de pied bot congénital. Il opéra en même temps les deux pieds. Pas de drainage. Guérison. Résultat satisfaisant après quinze mois.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — C'est une illusion que de penser que la quantité d'os enlevée dans un pied bot a une importance quelconque. A n'enlever, comme M. Nélaton, qu'une petite portion de calcanéum et d'astragale, on n'obtient qu'un pied peu mobile et peu souple, moins favorable à la marche. M. Bœckel a montré qu'il ne fallait pas craindre d'en enlever trop, si l'on procédait avec précaution, et il n'est pas besoin de se donner tant de mal pour détruire ce qui gêne. Ce qu'il faut ménager, c'est la malléole externe, qu'on a extirpée à tort jadis, car elle donne une assise et une tenue au pied. En réalité, ici, l'économie d'os n'est pas une question de première importance.

M. LEFORT tient à dire que les résultats de M. Nélaton sont très beaux.

M. BERGER fait ressortir l'intérêt anatomique de la communication de M. Nélaton et de l'existence de la cale osseuse qu'il a signalée. On pourra toujours commencer l'opération par l'ablation de ce nodule osseux. Ainsi donc, on commencera par attaquer le côté externe de l'astragale, et si on n'obtient rien, on extirpera cet os. On aura ainsi un pied plus mobile que celui de M. Nélaton. C'est là l'essentiel, car la forme extérieure n'est que secondaire. Il ne faudra pas hésiter à enlever l'extrémité antérieure du calcanéum et le cuboïde, si quelque chose s'oppose encore au redressement. Comme les os du pied ont dans le pied bot un développement longitudinal exagéré, il est indiqué de les raccourcir en faisant porter la résection sur le bord externe.

M. TRÉLAT est du même avis.

Statistique des Ovariotomies pratiquées à la Salpêtrière en 1889.

M. TERRILLON publie la 8e série des ovariotomies qu'il a faites à la Salpêtrière du 12 février au 20 octobre 1889, et qui sont au nombre de 35. Il n'a eu que deux décès.

1er *cas* : Femme de 49 ans, kyste de l'ovaire, opérée le 7 mars 1889. Kyste adhérent, à décortication très difficile. Mort par péritonite septique, due à la persistance dans le ventre d'une portion de la paroi kystique non enlevée. — 2e cas : Femme de 51 ans, opérée le 8 juin 1889; kyste de l'ovaire très adhérent, avec végétations. Morte le 32e jour d'accidents septiques (même pathogénie).

Sur ces kystes, il y en avait 27 multiloculaires, 7 parovariens, 2 sarcomateux et 1 kyste hydatique. M. Terrillon insiste ensuite sur une complication rare après l'ovariotomie, l'*hématocèle rétro-utérine*, dont il a observé un cas au 25e jour; sur la possibilité de l'existence d'un *kyste de la trompe* en même temps que celle d'un kyste de l'ovaire. Enfin, il cite l'observation suivante :

Femme qui subit, il y a deux ans, une hystéro-ovariotomie pour kyste d'un ovaire. On enleva ce kyste, qui pesait 19 kilogrammes et qui présentait des greffes sur l'épiploon et les intestins. On extirpa en même temps l'utérus. — Plus tard, un an après, on dut faire une seconde ovariotomie pour enlever un kyste développé dans l'ovaire du côté opposé, laissé en place, malgré l'hystérectomie. On trouva l'épiploon infiltré par les greffes et on enleva 5 kilogrammes, après 20 ligatures au niveau de la grande courbure de l'estomac. Guérison.

M. CHAPUT lit une observation de *cholécystotomie pour calcul biliaire enclavé dans le col de la vésicule, avec oblitération prompte de la fistule.* (Renvoi à une commission.)

M. DELORME présente un malade auquel il a pratiqué une *résection de l'articulation tibio-fémorale.* Il insiste sur la mobilité antéro-postérieure qu'il a observée déjà deux fois dans de tels cas.

M. Gérard MARCHANT présente un malade auquel il a *libéré* le *nerf crural* inclus dans une cicatrice. Guérison.

M. TUFFIER présente un malade opéré et guéri de *fistule pyostercorale.*

Marcel BAUDOUIN.

ASPHYXIE PAR UN CALORIFÈRE. — Les nommés N. V... et G... ont été trouvés asphyxiés, dans un poste où ils s'étaient enfermés et qui était chauffé par un calorifère.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 21 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. FERNET et VIGIER.

M. FERNET, président sortant, remercie la Société et quitte le fauteuil.

M. VIGIER, vice-président, occupe le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Ed. Labbé.

M. BILHAUT. — *Etude sur l'emploi du Chloralamide.* — Il s'agit d'un cardiaque qui a présenté les premières complications en 1884. On constata à cette époque de la dilatation de l'aorte, avec accès d'angine de poitrine. Le régime lacté l'améliora. L'urine contint de l'albumine en 1887 (6 grammes par litre). En 1889, il souffrait surtout d'insomnie. Le sulfonal produisit chez lui du délire, le chloral provoqua des nausées et des vomissements. En 1889, l'albuminurie subsiste, mais la quantité d'urine diminue. La caféine améliore cet état de choses, mais, l'insomnie persistant, on lui prescrivit le chloralamide. L'action de ce médicament fut excellente. Le malade prend tous les jours une potion contenant 2 grammes de chloralamide et l'insomnie a cédé complètement. L'état général s'est amélioré. Malgré son emploi répété pendant huit semaines, le malade a eu par nuit un sommeil de 10 à 11 heures.

Le chloralamide est un sel cristallin blanc et brillant, doué d'une saveur amère. Il entre en fusion à 110° centigrades, et par la distillation il se dédouble en ses constituants.

Sa formule est :

$$C\,Cl^3\,CH \begin{cases} OH. \\ AzH,\ CHO. \end{cases}$$

Il se dissout lentement dans dix parties d'eau froide ; il est soluble dans une partie et demie d'alcool absolu. Soluble dans l'eau chaude, on conseille de ne pas le dissoudre dans un liquide qui dépasserait 60°, car, dans ces conditions, il se dédoublerait. Quelques gouttes d'acide chlorydrique dilué facilitent la dissolution. Il résulte de l'observation : 1° Que le chloralamide est un hypnotique sérieux ; 2° Qu'il a pu être administré sans danger à un cardiaque atteint d'artério-sclérose, avec dilatation de l'aorte et albuminurie ; 3° Qu'il n'a pas d'action nocive sur le cœur ni sur les reins ; 4° Que l'accoutumance ne s'est pas établie au bout de dix semaines d'emploi régulier du chloralamide tous les deux jours ; 5° Que la dissolution de ce sel dans l'eau bouillante n'a détruit en rien les propriétés hypnotiques ; 6° La dose à employer est de deux à cinq grammes, à prendre le soir, en une fois, à l'heure du sommeil.

A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 23 Janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Contribution à l'étude de l'Epidémie de 1889-90. Dengue modifiée.

M. J. PIOGER, après avoir passé en revue les idées reçues des classiques sur la grippe, croit qu'il n'y a pas lieu de chercher dans cette affection la symptomatologie de l'épidémie actuelle, qui lui semble absolument être déroutée de tout ce que l'on sait sur ce sujet. Pour l'auteur, les récentes épidémies de *dengue*, avec lesquelles la pandémie actuelle a, dit-il, une ressemblance clinique frappante, doivent au contraire nous servir d'enseignement. Elles montrent, en effet, que la maladie se modifie selon les climats, étant différente au Caire ou en Syrie de ce qu'elle est dans les pays intertropicaux. Elles établissent aussi la dissémination générale de la maladie envers et contre toute raison climatérique. Elles font enfin connaître le fait que l'on a pu prévoir l'invasion de l'Europe par le contage spécial à cette affection. M. Pioger conclut que l'épidémie régnante est la *dengue*, mais singulièrement atténuée dans la plupart des cas et modifiée dans les autres par la prépondérance des complications thoraciques en rapport avec le changement de climat.

M. ROBINSON a observé à Constantinople les diverses épidémies qui ont sévi en 1889 : dengue et scarlatine déjà disparues depuis deux mois, grippe régnant encore actuellement et allant même en s'exaspérant. Il lui semble surprenant que des médecins français aient pu rapprocher les deux maladies, grippe et dengue. Bien qu'ayant au début certaines ressemblances, elles offrent par la suite des caractères distinctifs extrêmement prononcés, entre autres les suivants : dans la grippe, il y a hypertrophie de la rate, ce que l'on n'observe jamais dans la dengue ; dans la grippe, le cycle thermique traîne le plus souvent, tandis que, au contraire, il est très court dans la dengue ; dans la grippe, il y a de la toux, des crachats, des éternuements que ne présentent jamais les malades atteints de la dengue. En outre, M. Robinson a établi le diagnostic différentiel de l'éruption de la dengue et de celle de la scarlatine en signalant le premier la raie blanche observée dans l'exanthème scarlatineux et remplacée dans la dengue par la raie méningitique. Dans la dengue, enfin, l'angine est toujours rudimentaire au lieu d'être pultacée comme dans la scarlatine, qui offre encore une fréquence de pouls extrême et une albuminurie tardive.

Paralysie pseudo-hypertrophique des muscles.

M. COROMILAS (Athènes), a observé deux cas de cette maladie, l'un et l'autre ayant atteint des enfants vivant dans les conditions hygiéniques les plus déplorables. Il conclut en disant qu'il pense que l'humidité et la mauvaise nourriture ont de l'influence sur le développement de cette affection (1).

Les Secrétaires annuels, Ch. BOVET et E. GAUTRELET.

REVUE DES MALADIES DE LA PEAU

I. — Etude clinique sur l'Alopecia areata et son traitement ; par le Dr DUNCAN BULKLEY. Tirage à part du *Medical Record*, mars 1889.

II. — De l'arsenic dans les affections bulleuses de la peau, notamment chez les enfants ; par le Dr DUNCAN BULKLEY. Tirage à part du *New-York med*, 7 avril 1889.

I. — L'auteur commence par donner la statistique des cas d'alopecia areata (pelade) qu'il a observés tant dans sa pratique hospitalière que dans sa clientèle privée. Tandis que sur 1.000 malades de cette dernière catégorie il en trouve 15,4 atteints de pelade, sur 1.000 autres observés dans les hôpitaux, il ne trouve que 4,5 soignés pour cette affection. Ce n'est pas que les pauvres soient examinés avec moins d'attention que les riches ; ce n'est pas non plus qu'ils se préoccupent moins de la maladie dont ils sont atteints. Le Dr Bulkley voit dans la différence de ces chiffres une preuve en faveur de la nature nerveuse de la maladie, un argument contre son origine supposée parasitaire. La maladie serait deux fois plus fréquente environ chez l'homme que chez la femme. Le plus grand nombre des malades atteints avaient de 20 à 40 ans (61 %). L'auteur voit encore dans ce fait un argument contre la nature parasitaire de la pelade, les maladies parasitaires survenant en effet dans le jeune âge et étant incontestablement de fréquence moindre dans l'âge adulte. Le Dr Bulkley est, en effet, partisan de la théorie trophique de la pelade. Il a toujours cherché en vain les parasites : jamais il n'a

(1) Les conférences organisées par la Société de médecine pratique commenceront le 12 février prochain. En voici l'ordre du jour définitif : 12 février, M. Dujardin-Beaumetz : *Du régime végétarien* (ses applications thérapeutiques). — Le 19 février, M. Motet : *Les poisons psychiques* (morphine, cocaine, chloral, etc., etc.). — Le 26 février, M. A. Blanchard : *Méthode graphique* (ses applications à la physiologie et à la médecine, projections électriques). — Le 5 mars, M. Paul Regnier : *De l'asepsie.* — Le 12 mars, M. St-Yves-Ménard : *De l'acclimatation des animaux et des plantes* (son utilité, quelques résultats encourageants, projections électriques). — Le 19 mars, M. Laborde *Absinthisme et alcoolisme.* — Le 26 mars, M. Cadet de Gassicourt : *Education physique* (premier âge, enfance, jeunesse). — Le 2 avril, M. Gariel : *Eclairage électrique.* — Le 9 avril, M. Léon Petit : *Les médecins de Molière* (la médecine au XVIIe siècle. La Faculté. Paris et Montpellier. Médecins, chirurgiens et barbiers. Les médecins attaqués par Molière. Molière aux prises avec les médecins. Projections électriques). — Le 16 avril, M. Bouloumié : *Malades et blessés dans nos armées en temps de guerre* (Influence du recrutement actuel des armées ; des méthodes de guerre ; du mode de contact et des nouvelles armes sur les maladies et les blessés. Nouvelle organisation des secours).

observé dans la même famille deux cas de pelade. Quant aux recherches de Robinson qui a constaté la présence de microcoques dans les lympathiques cutanés, le Dr Bulkley attend pour les juger qu'elles aient été vérifiées par d'autres expérimentateurs. Si l'on considère les résultats de la statistique du Dr Bulkley et si on les compare aux résultats que nous donnent nos statistiques françaises, les statistiques de l'hôpital St-Louis notamment, on est frappé de voir : 1° la rareté *relative* de la pelade à New-York, sa fréquence à Paris ; 2° la pelade atteindre de préférence les adultes en Amérique, tandis qu'en France, elle sévit surtout sur l'enfance ou la jeunesse et les classes riches atteintes en plus grande proportion que les classes pauvres, tandis que c'est encore l'inverse en France (Je dis encore, car il semble que depuis quelques années, la pelade augmente dans les classes aisées de la société) ; 4° la longue durée de la maladie en Amérique ; 5° l'absenee de ces épidémies que nous constatons si fréquemment chez nous. Si, dis-je, l'on considère ces résultats, si on les compare aux résultats à peu près semblables auxquels arrivent les médecins allemands et aux résultats absolument opposés auxquels nous arrivons à Paris, on sera bien forcé de convenir que si l'on observe en Amérique, en Allemagne, en Autriche et en France la pelade dite trophique, on n'observe pas dans les trois premiers pays la pelade dite parasitaire ou que, du moins, cette maladie très fréquente chez nous est rare au contraire dans ces pays et qu'elle peut y être étudiée sous un autre nom. Pour nous, le travail de M. Bulkley nous confirme dans cette opinion rapportée d'un séjour en Allemagne, qu'il faut être en France, voire même à Paris, pour étudier la pelade parasitaire. On comprend dès lors comment la théorie trophonévrotique de la pelade est admise sans conteste à l'étranger. Défenseur de cette théorie, M. Bulkley préconise comme traitement une bonne hygiène alimentaire, l'usage du lait notamment et l'emploi des phosphates comme traitement interne. Il recommande la strychnine, l'acide phosphorique, l'arsenic. Seulement, pour stimuler les plaques de pelade, il recommande des onctions à la vératrine (5 [à 10 grains à une once) mais il est persuadé que le meilleur traitement est celui qui agit sur la tonicité du système nerveux dans une affection qui doit être considérée comme un trouble constitutionnel et non comme une lésion locale.

II. — Dès 1854, Hutchinson avait signalé les bons effets de l'arsenic dans le pemphigus. Le Dr Bulkley a étendu son emploi à diverses affections bulleuses de la peau et il le considère comme un spécifique du pemphigus. Les enfants notamment supportent l'arsenic d'une façon merveilleuse. En règle générale, l'arsenic agit chez eux comme purgatif avant de se manifester par ses autres effets physiologiques : on pourra donc le donner à doses croissantes tant que la maladie ne rétrograde pas, et cela jusqu'à ce que l'on obtienne l'effet purgatif. Le mode d'action est encore inconnu : dire que les lésions sont trophiques et que l'arsenic est un modificateur du système nerveux est simplement se payer des mots. Les préparations que recommande le Dr Bulkley sont les solutions d'arsénite de potasse ou d'arséniate de soude. Il conseille de faire prendre cette solution dans de l'eau de Vichy qui la fait mieux supporter par l'estomac. (*A suivre*). Paul Raymond.

Union des femmes de France. — *Poste de secours.* — En raison de la disparition à peu près complète de l'épidémie, l'Union des femmes de France a fermé les six postes de secours qu'elle avait ouverts il y a trois semaines pour consultations gratuites et distribution de médicaments, aliments et vêtements aux malades qui ne pouvaient trouver place dans les hôpitaux, ainsi qu'à ceux qui en sortaient ayant encore besoin de quelques soins. Les dons de toutes sortes, en argent ou en nature, à l'usage des malades, seront néanmoins reçus encore, 29, Chaussée-d'Antin, car l'important service des visites à domicile, auquel concourent 65 médecins et 90 dames membres de l'Union, sera continué pendant quelque temps, en faveur des familles les plus intéressantes et les plus éprouvées et des malades pauvres en cours de traitement. L'Assistance publique devrait peut-être suivre cet exemple.

CORRESPONDANCE

L'Epidémie en Suisse : Contagion.

Bâle, 22 janvier 1890.

Mon cher Rédacteur,

Depuis le 10 janvier, l'épidémie accuse un mouvement de décroissance qui est allé en s'accentuant tous les jours, de sorte qu'aujourd'hui on peut considérer l'épidémie proprement dite comme terminée. On constate cette diminution de la maladie dans toute la Suisse, quoiqu'elle ne soit pas partout aussi accentuée. Mais, si nous n'avons presque plus de cas d'influenza, nous en ressentons encore fortement les suites. Les affections aiguës des voies respiratoires sont nombreuses, notamment les eas de pneumonie catarrhale. On a en outre constaté à la suite de l'influenza des névralgies opiniâtres résistant aux traitements les plus énergiques, des conjonctivites et une proportion relativement forte de cas d'otite moyenne. Ce qui a caractérisé l'épidémie que nous venons de traverser, c'est le polymorphisme constaté aussi ailleurs.

Il est difficile de dire quelle a été la proportion des individus atteints. Le médecin d'arrondissement de Bâle-Ville a eu 6,000 cas annoncés officiellement. Il estime ce chiffre à environ 1/5 du nombre total des cas, ce qui correspondrait aux 2/5 de la population. Nous n'avons de statistique officielle que celle des écoles publiques où, aux plus forts jours de l'épidémie, le nombre des absents s'élevait à 20 0/0.

Malgré l'opinion des « Geheimrœthe » de Vienne et de Berlin, on admet généralement ici la nature contagieuse de l'influenza. Le médecin d'arrondissement, M. le Dr Lotz, a publié dernièrement dans le *Corresp. Blatt. für Schw. Aerzte*, une note dans laquelle il cherche à démontrer qu'une affection ayant une période d'incubation de 3 jours, et importée dans une ville de 60,000 habitants, aurait en six semaines infecté presque tous les individus prédisposés, si l'infection avait été importée par douze personnes et que chaque malade se trouve en contact avec cinq personnes bien portantes, le nombre des prédisposés étant évalué à 50 0/0. Malgré la gratuité de cette hypothèse, elle correspond cependant avec un certain nombre d'observations émanant de la campagne, et où l'on a l'impression d'une contagion d'individu à individu.

On a aussi constaté un certain nombre de cas d'influenza chez les animaux, principalement chez des chiens et des chevaux.

Tous les médecins sont d'accord à vanter l'effet de l'antipyrine dans l'influenza. Un certain nombre ont aussi obtenu de bons résultats avec l'acétanilide et la phénacétine.

Je reste, mon cher rédacteur, votre bien dévoué.

A. Jaquet.

BIBLIOGRAPHIE

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par Paul Sollier ; préface de M. Bourneville. — Paris, in-8°, 1889. *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, édit.

Ce petit volume constitue la substance intégrale du mémoire présenté par M. Sollier au concours du prix Aubanel dont la Société médico-psychologique avait désigné le sujet l'an dernier (1). Trois cent cinquante familles ont été patiemment scrutées par l'auteur. Aussi devons-nous lui savoir gré, non seulement de la façon précise autant que concise avec laquelle il a analysé ses documents méthodiquement coordonnés, mais encore de son style châtié autant que bien frappé. Pour prouver, il ne s'agit pas de longuement écrire ; la médecine des faits est et demeurera toujours préférée à celle des mots. Les gros volumes sont loin d'être les meilleurs. Hérite-t-on de l'alcoolisme ? De quelles formes de l'alcoolisme hérite-t-on ? Pour le démontrer, il fallait rassembler le plus grand nombre de faits possible, les comparer, les classer et se borner à enregistrer la conclusion qui paraissait se dégager de chaque groupe pour ainsi dire naturel. Ainsi a procédé M. Sollier.

(1) M. Sollier a obtenu la principale récompense (P. K.).

Son mémoire se scinde tout naturellement en quatre parties. Dans la première, il montre que l'hérédité de l'alcoolisme existe presque dans la moitié des cas, que l'alcoolisme est soumis non seulement à l'hérédité en général, mais surtout à l'hérédité de similitude (75.70 0/0 des cas), tandis que l'hérédité dissemblable se présente dans 24.30 0/0. L'hérédité serait la cause première de l'alcoolisme dans 42.49 0/0 des cas au minimum, il subsisterait le plus souvent dans trois générations consécutives, sous la forme d'hérédité directe dans les cas d'hérédité similaire.

La seconde partie comprend l'examen statistique des groupes; elle peut se résumer dans le petit tableau suivant :

A. Alcoolisme non héréditaire.	1. Alcooliques dont les ascendants ne sont pas alcooliques.	55	209
	2. Alcooliques dont les descendants ne sont pas alcooliques.	154	
B. Alcoolisme héréditaire . .	1. Hérédité similaire.	106	141
	2. Héréd. dissemblabl.	35	
	Total.		350

Troisième partie. — L'influence générale de l'hérédité étant prouvée, quelle part réciproque prennent l'hérédité, d'une part, et le terrain sur lequel elle agit d'autre part? Autrement dit, l'alcoolisme héréditaire se traduit-il chez les descendants sous la même forme que chez les ascendants ? En d'autres termes encore, les alcooliques héréditaires ont-ils tendance à boire de la même façon que leurs ascendants, et à présenter les mêmes localisations organiques de l'alcoolisme qu'eux ?

Les problèmes précédents comportent deux cadres : 1° Dans le cadre de l'*hérédité similaire*, éliminant l'étude de la conception pendant l'ivresse, parce que l'individu conçu dans ces conditions (ivresse paternelle ou ivresse maternelle) est voué à une dégénérescence profonde (idiotie avec épilepsie, microcéphalie, hydrocéphalie), l'auteur dégage les propositions que voici :

« Entre la dipsomanie paroxystique, intermittente, essentiellement héréditaire, et l'alcoolisme acquis, survenant sous l'influence d'une cause occasionnelle, quasi-sporadique, il y a place pour un état intermédiaire, une *sorte d'alcoolisme héréditaire à forme de dipsomanie chronique*. Non seulement les descendants d'alcooliques peuvent être alcooliques, mais ils peuvent hériter du même goût pour le même genre d'alcools (Obs. XIII et Obs. XXIII à XXVI). Si, jusqu'ici, il n'existe pas d'observations permettant d'élucider l'hérédité des manifestations organiques de l'alcoolisme, en revanche l'alcoolique a plus de tendance à fabriquer du délire alcoolique (notamment du *delirium tremens*) quand, dans son ascendance, l'alcool a surtout frappé le système nerveux, ou quand, à côte de l'alcoolisme, il existait des tares nerveuses ou vésaniques, soit que ses ascendants eussent été eux-mêmes alcooliques, soit qu'ils fussent névropathes, aliénés ou dégénérés (Obs. XXVII à XXXII). Il est à peu près certain et presque démontré que les alcooliques héréditaires sont aussi plus prédisposés à faire de la paralysie générale ou de la pseudo-paralysie générale alcoolique, quoique de nouvelles recherches soient sur ce point nécessaires. Enfin, à l'égal des ressemblances physiques, l'espèce des manifestations psychiques morbides de la descendance des dégénérés quelconques est modifiée par le terrain individuel ainsi que par l'imprégnation maternelle ou paternelle. »

2° Dans le cadre de l'*hérédité dissemblable*, les différentes affections de la famille névropathique peuvent engendrer l'alcoolisme au même titre que n'importe quelle autre affection de cette même famille. On trouve, par exemple, que les névroses, qui peuvent avoir le plus de rapports avec l'alcoolisme, sont : l'épilepsie accompagnée ou non d'aliénation mentale (Obs. XLVIII à LIV), l'hystérie (Obs. XLVI, LV, LVI) les vésanies (Obs. LVII à LX), la dégénérescence mentale, le suicide (cinq observations-types), la déchéance du vice ; on trouve encore que le penchant à la boisson peut résulter de névropathies organiques diverses.

Nous arrivons à présent à la quatrième section du travail. Elle est intitulée : *Du développement de l'alcoolisme chez l'individu*, quelle qu'en soit la forme héréditaire. Nous en abrégerons l'analyse, car les circonstances qui, souvent indépendantes de l'individu, impossibles à prévoir du reste, le poussent dans une voie plutôt que dans une autre, représentent un thème connu. Nous signalerons simplement trois caractères d'une importance capitale.

« L'influence du milieu, qui n'a qu'un rôle accessoire et secondaire dans l'alcoolisme par hérédité, paraît en avoir un plus considérable dans l'alcoolisme par hérédité dissemblable. — La susceptibilité des alcooliques à l'égard de l'alcool serait surtout accusée dans l'alcoolisme héréditaire similaire ; c'est chez les alcooliques héréditaires névropathiques ou vésaniques que l'on relèverait principalement la tolérance exagérée pour les boissons spiritueuses. — Partout et toujours, à quelque âge et dans quelque conditions que ce soit, c'est l'hérédité qui crée la prédisposition à la tendance à boire. »

Quid plura ? On nous accordera que, pour petit que soit le volume, il sécrète une matière féconde, à en juger par l'ampleur du noyau que nous nous sommes borné à décortiquer. Voilà, si nous ne nous trompons fort, des lois scientifiques de bon aloi. Ce n'est pas, cependant, que la facture ne soit exempte d'imperfections. La division, notamment, ne se poursuit pas uniforme et rigoureuse ; les caractères typographiques, qui servent d'exergues aux chapitres ou sous-chapitres passés sous silence, rendent la lecture un peu pénible. Mais la trame en est bien tissée ; c'est elle que nous venons de photographier.

P. Keraval.

De l'érythème noueux palustre ; par le Dr Boïcesco, médecin-adjoint de l'hôpital des enfants de Bucarest.—*Archives roumaines de médecine* ; et chez Alcan, éditeur.

Dans deux mémoires parus dans les *Archives roumaines de médecine*, et réunis dans une brochure, le Dr Boïcesco décrit avec soin l'érythème noueux palustre, qui n'avait pas encore été signalé par les auteurs, sauf par le Dr Obedenare, dans ses *Recherches sur l'intoxication palustre*. Cet érythème palustre, dont l'auteur, à tort, fait presque une entité pathologique, alors qu'il ne s'agit que d'un symptôme, est une affection de l'enfance ; il n'a pas encore été observé chez les adultes. Il atteint de préférence les petites filles et sévit principalement pendant les mois frais ou froids de l'année. C'est du moins ce qui ressort des 21 cas rassemblés de 1869 à 1888, c'est-à-dire en 19 ans ; c'est donc un symptôme relativement rare qui apparaît pendant la période d'un accès de fièvre et dure autant que durera la fièvre, tout en ayant ses exacerbations pendant les accès. Si l'on supprime les accès, on fait disparaître peu à peu les taches et les tumeurs. Par conséquent leur pronostic est lié à la durée de la fièvre. On peut donc toujours le considérer comme favorable. En résumé, brochure intéressante que l'on consultera avec fruit.

G. Peltier.

De l'épilepsie gastrique. Contribution à la pathogénie des phénomènes nerveux chez les dyspeptiques ; par R. Massalongo. — *La Sperimentale*, mars 1889.

Il s'agit de deux hommes, l'un de 21 ans, l'autre de 36, qui furent pris d'accidents convulsifs ayant toute l'apparence d'attaques d'épilepsie (y compris la morsure de la langue) et cela seulement sous l'influence de désordres gastriques. M. Massalongo se souvenant avoir observé déjà deux autres cas analogues, fit cesser le bromure de potassium, et proscrivit un traitement rationnel des troubles gastriques et de la constipation. Il pense qu'il s'agit là de phénomènes d'auto-intoxication « par absorption des produits anormaux de décomposition stomacale qui sont élaborés en si grande quantité chez les dyspeptiques. » Il rappelle à cette occasion les remarquables travaux de M. le professeur Bouchard, et pour faire cesser les effets de l'empoisonnement par la gastrotoxine et la coprotaxine, il recommande les vomitifs, le lavage de l'estomac et les purgatifs drastiques. Pierre Marie.

Studii critici intorno ad alcuni argomenti di neuropatologia (*Etudes critiques sur quelques sujets de neuropathologie*) ; par G. Melotti. — Vallardi.

Il s'agit d'une collection d'articles publiés dans la Gazzetta degli Ospitali par l'auteur. Voici les titres de ces articles : Les

théories modernes de l'atrophie musculaire progressive. — Maladies nerveuses et maladies articulaires. — Maladie de Thomsen et états analogues. — Beriberi et névrites infectieuses. — Le Railway-spine.

Nous ne pouvons donner ici l'analyse de chacun de ces articles, et nous devons nous borner à les signaler à l'attention des neuropathologistes. Le titre « Etudes critiques » sous lequel ils sont présentés est des mieux appropriés, car l'auteur y fait preuve, en effet, d'un esprit critique des plus judicieux ; étant donnée sa compétence, on conçoit aisément tout l'intérêt que présentent ces études portant sur quelques-uns des sujets les plus nouveaux ou les plus controversés de la neuropathologie.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'hôpital Bichat. — Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

Ce qui frappe le visiteur à son entrée dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat (2), service qui a été organisé il y sept ans environ par M. le Dr Terrier, l'un des premiers promoteurs, avec M. le Dr J. Lucas-Championnière, de la méthode antiseptique en France, c'est le soin jaloux avec lequel tout a été réglé pour que les salles de malades et les salles d'opérations soient toujours dans un état d'asepsie aussi parfait que possible ; c'est la façon dont on essaie de rendre et de maintenir aseptique la région où doit porter l'acte chirurgical, jusqu'à la guérison complète.

C'est là, par comparaison avec les autres services de Paris, la véritable caractéristique de l'organisation des salles de chirurgie de l'hôpital Bichat ; c'est le point sur lequel nous insisterons dans ces notes, rédigées au jour le jour et destinées à faire connaître aux praticiens comment la théorie de l'antisepsie peut être mise en pratique. Certes, les précautions, en ce qui concerne l'asepsie et l'antisepsie au cours d'une intervention quelconque, sont là aussi rigoureuses qu'ailleurs, aussi minutieuses qu'on puisse le désirer ; mais elles n'ont rien de très spécial et ont déjà été décrites partout ; nous n'en signalerons donc ici que les principales particularités.

I. Description des salles de malades, des salles d'opérations, etc. — Le service de chirurgie de Bichat, dont M. Terrier a pris la direction au moment de l'ouverture de l'hôpital, se compose : 1° d'une *salle d'hommes* ; 2° d'une *salle de femmes* (*Fig.* 38, n° 69). A chacune de ces salles sont annexées des chambres d'*isolement* (un isolement absolument relatif, bien entendu) et une *salle d'opérations* (n° 72). Ces deux salles sont en communication à l'aide d'un *téléphone* spécial, dont les appareils sont placés dans le cabinet des deux surveillantes. Ce téléphone n'est installé que depuis 1889. Comme annexes, citons la *salle des consultations externes*, dont l'organisation a été profondément modifiée l'année dernière (1888) (n° 42), et le *laboratoire d'histologie* où sont examinées, par M. le Dr Poupinel, toutes les pièces intéressantes provenant du service (n° 53, côté droit du plan). Une simple remarque en passant : personne, plus que M. Terrier, regrette de ne pas posséder, comme annexe au laboratoire dont nous parlons, un laboratoire de bactériologie ; mais à l'impossible nul n'est tenu ! Ajoutons aussi que sous peu la salle d'opérations pour les femmes, complètement modifiée et agrandie, sera bientôt terminée.

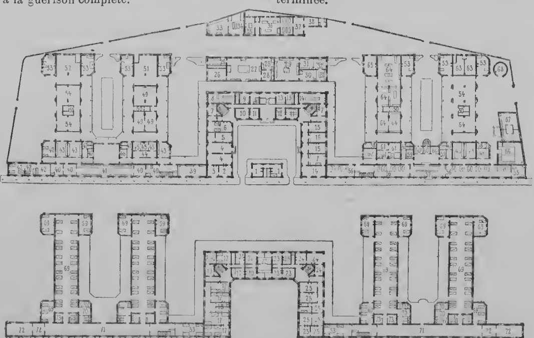


Fig. 38. — Hôpital Bichat (Paris). — Plan par terre du rez-de-chaussée et du 1er étage. — *Légendes :* 1, concierge ; 2, cabinet du directeur ; 3, cabinet des médecins ; 4, 5, 6, bureaux ; 7, cuisines des internes en médecine et en pharmacie ; 8, réfectoire du personnel ; 10, 11, bibliothèques des malades, des internes en pharmacie et en médecine ; 13, pharmacie ; 14, salle de garde de pharmacie et de médecine ; 15, cabinet du chirurgien ; ch. de garde de méd. ; 23, logement des employés ; 25, logement du directeur ; 40, 41, salles d'attente pour la consultation de médecine et de chirurgie ; 42, salle des consultations et des pansements externes (service de chirurgie générale) ; 43, salle des consultations externes pour les maladies des yeux et des oreilles ; 53, laboratoires d'histologie (côté droit de la figure) et de thérapeutique (côté gauche, M. Huchard) ; 55, salle de bains pour le personnel ; 56, service des bains ; salle d'attente pour les bains ; 69, pavillon Tollet (médecine et chirurgie). Les pavillons de chirurgie sont ceux qui, à droite et à gauche, sont les plus éloignés du bâtiment central ; le côté gauche est celui des femmes ; 70, dépendances des salles ; 71, couloir de communication entre les pavillons ; 72, salles d'opérations.

A. *Salle des matades.* — 1° La *salle des hommes* comprend 24 lits en temps ordinaire ; mais presque toujours, en raison de l'affluence des malades à la consultation et des accidents nombreux qui surviennent dans la zone parisienne et suburbaine de l'hôpital Bichat, on est obligé de tolérer une dizaine de brancards ou lits supplémentaires, ce qui est fort regrettable. De cette salle font partie trois petites chambres d'isolement, communiquant avec elle. Deux d'entre elles contiennent normalement deux lits ; l'une est plus spécialement réservée aux malades atteints de suppurations graves ou sérieusement

(1) Cet article, rédigé depuis plus d'un an, devait être publié en Angleterre par M. le Dr Hart, dans le *British medical Journal*. Des circonstances spéciales en ont empêché la traduction en anglais ; nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître l'installation d'un des premiers services chirurgicaux de Paris. (V. *d. l. R.*).

(2) Situé sur les fortifications de Paris (glacis des murs d'enceinte), près la porte de Saint-Ouen.

infectés ; elle est fréquemment désinfectée de la façon la plus complète. L'autre ne renferme que les malades devant subir une opération sur les yeux. La troisième possède 3 lits (voir n° 69 du plan).

2° La *salle des femmes* renferme, comme celle des hommes, normalement 24 lits, dont deux par trumeau ; mais toujours, en raison de l'activité du service et du grand nombre de malades adressées à M. Terrier par les médecins de province ou de Paris, il y a 10 ou 12 brancards supplémentaires. Ici, encore, existent 3 petites chambres isolées, possédant chacune deux lits, mais en communication avec la salle commune. L'une d'elles sert aux opérations, la grande salle d'opérations étant presqu'exclusivement réservée aux laparotomies ou tout au moins aux opérations faites chez des malades ne suppurant pas ; une autre chambre est destinée aux malades présentant des lésions oculaires ou bien aux laparotomisées. Dans la troisième à lieu, deux fois par semaine, une polyclinique gynécologique fort active, faite en général par l'interne du service ; M. Terrier n'examine que les cas intéressants ou d'un diagnostic difficile.

Il importe de décrire, en quelques mots, la façon dont sont édifiées ces salles, unique modèle à Paris, du nouveau système de constructions hospitalières, imaginé par M. Tollet (1).

Ces deux salles sont constituées par deux pavillons, parallèles aux ailes du bâtiment central, existant déjà comme poste-caserne avant l'installation du nouvel hôpital ; elles sont situées au premier étage. Chaque pavillon est conforme au modèle Tollet, qui a obtenu la médaille d'or à l'Exposition universelle de 1878. Il a une ossature en fer, de forme ogivale, formant le moule de la construction ; les fondations sont en béton hydraulique, les soubassements en caillasse ou meulière ; les trumeaux en béton de scories de forges et mortier hydraulique ou en briques ; les voûtes en briques ; les enduits en ciment ; le plancher en fer hourdé en béton de scories avec supports intermédiaires ; l'aire en asphalte (2) ou en ciment Portland ; les couvertures en tuiles métalliques. Tous les angles, y compris ceux qui sont formés par la jonction des planchers et des murs (3) sont arrondis, pour favoriser les lavages et supprimer les angles morts de ventilation et les lieux de séjour des poussières. Les salles ont une longueur de 36 mètres sur une largeur de 8 mètres, soit une surface de 16 mètres de lits. Le cube d'air par malade est de 60 m. c., car la salle est très élevée. L'air de la salle se renouvelle par deux ouvertures situées au sommet de l'ogive, à chaque bout.

Les chambres d'isolement sont placées latéralement, aux quatre coins du bâtiment principal, afin de dégager le pignon postérieur où se trouve une vaste cheminée, à feu apparent (coke) ; au-dessus de cette dernière, une large glace assure à la salle un éclairage très intense. Il y a une cheminée d'appel avec gaz intérieurement. Près de la cheminée se trouve une trémie à linge sale. Des terrasses découvertes de 2 mètres 60 de large, munies de balcons, sont disposées le long de chaque pavillon et servent de promenoirs aux malades. Le dessous de ces salles et de leurs terrasses devait former un préau couvert, bien ventilé ; mais, par mesure d'économie, sacrifiant aux exigences du budget les lois de l'hygiène, l'on a cru bon de l'utiliser pour diverses servitudes (4) et d'en faire un rez-de-chaussée.

3° *Dépendances de chaque salle.* — A l'entrée de chaque salle on trouve, d'un côté, le *cabinet de la surveillante* (table, armoires pour médicaments, instruments, réserves de matériaux de pansements, etc., appareil téléphonique, patères pour vêtements, etc., etc.) et de l'autre côté, le *lavabo* où sont placés, sur des étagères spéciales, les grands bocaux de verre qui contiennent les solutions antiseptiques, et sur des patères les vêtements hospitaliers des élèves, etc. (n° 73 du plan). A côté (n° 70) sont situés les water-closets, une salle de bains et l'office (fourneau, tisanerie, etc.) dans la 4e petite chambre latérale (les trois autres étant réservées aux malades).

Dans la salle, et sur le désir formel de M. Terrier, on tolère maintenant des arbustes et des fleurs ; au fond de la salle des hommes, il y a même une petite volière avec quelques oiseaux, ce qui se voit bien rarement dans les hôpitaux parisiens. Un air de gaîté ne fait pourtant aucun mal, et les serins et les fleurs n'ont pas été jusqu'ici, que l'on sache, les vecteurs des germes septicémiques !

B. *Salles d'opérations.* — Les *salles d'opérations* de ce service sont fort simples ; leur installation a été des moins coûteuses ; d'ailleurs, elles ont été construites pour faire des dortoirs, et à une époque où l'asepsie n'était point encore la seule préoccupation des architectes ! Cependant, grâce à des soins de propreté minutieux, à une surveillance constante, M. Terrier parvient à posséder des salles d'opérations qui ne laissent pas beaucoup à désirer. Il en est du moins ainsi pour la salle d'opérations des hommes, qui a été récemment réparée et modifiée. C'est celle-là que nous décrirons avec détails, celle des femmes ayant été ces temps-ci reconstruite sur un plan tout nouveau, dû à M. Terrier, et que nous nous proposons de faire connaître en détails dès que son aménagement sera terminé. (*A suivre*).

(1) Voyez l'article *Bichat* in *Grande Encyclopédie*, par Bourneville et A. Rousselet ; Bourneville : *Rapport au Conseil municipal de Paris*, 1880 et *Manuel d'Assist. publiq.*

(2) Et non en mosaïque, comme on l'a imprimé (Chavanis).

(3) Dans certaines salles d'opérations, de construction récente, comme celles de l'hôpital de la Pitié, par exemple, défectueuse d'ailleurs à d'autres points de vue, on a bien arrondi les angles pour les plafonds ; mais l'architecte a oublié d'en faire autant pour le plancher.

(4) Et non pas pour les bains (n° 56), ni pour les consultations gratuites (n° 41), comme le croit M. le Dr Chavanis, l'auteur d'un article paru dans la *Loire médicale*, n° 5, 15 mai 1889, p. 135.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (*suite*) (1).

B. — Instruments d'Optique médicale proprement dite.

Les Instruments qui concernent l'*Optique médicale* étaient surtout placés dans des vitrines des Classes XIV et XV, c'est-à-dire dans la Section de Médecine et de Chirurgie et dans la Section des Instruments de Précision.

Pour guider le lecteur dans cette excursion, nous allons supposer que nous parcourons avec lui les diverses salles de ces expositions. Nous traiterons d'abord des *Instruments d'Ophtalmologie*, puis des *Instruments d'Histotogie*.

I. — INSTRUMENTS D'OPHTALMOLOGIE. (2).

1° *Classe XIV*.

a). 1re *salle*. — Dans la première salle de la Classe XIV, comme nous l'avons déjà signalé (3), à côté des noms de Mathieu, Collin, Galante, etc., nous ne trouvons que celui de la *Maison Crétès*.

I. — MAISON CRÉTÈS.

Depuis vingt années, l'opticien Crétès réalise les inventions et les modifications proposées par M. de Wecker. Nous détacherons, de l'ensemble de son exposition, quelques instruments des plus intéressants.

Ces instruments dont nous allons parler sont des créations de la maison et non des copies ou des adaptations ; ils doivent leur succès aux soins apportés à leur exécution.

L'Ophthalmoscope de M. Landolt est une modification de la marche des disques par la suppression d'une des tiges du disque blanc et l'adjonction d'un bouton au disque noir, ce qui permet de faire passer sans interruption tous les numéros de chaque série. Cet instrument est aujourd'hui très répandu dans le monde médical (Voir *Fig.* 39).

L'Astigmomètre de MM. de Wecker et Masselon est destiné à reconnaître et mesurer l'astigmatisme par le reflet, que produit, sur la cornée, une figure carrée noire bordée d'un liseré blanc ; l'examinateur, se plaçant à 20 centimètres de l'examiné et regardant par le centre de cette figure, aperçoit sur la cornée un reflet

(1) V. *Progr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1-4, 1890.

(2) Nous prions le lecteur de ne pas oublier que nous avons déjà signalé un certain nombre d'instruments rentrant dans cette catégorie, en étudiant les Expositions des fabricants d'Instruments de Chirurgie proprement dits (Voir Maisons *Galante*, *Luer*, *Dubois*, *etc.*).

ayant la forme d'un carré régulier, si l'œil est régulièrement sphérique; mais s'il est de forme irrégulière le reflet deviendra losan-

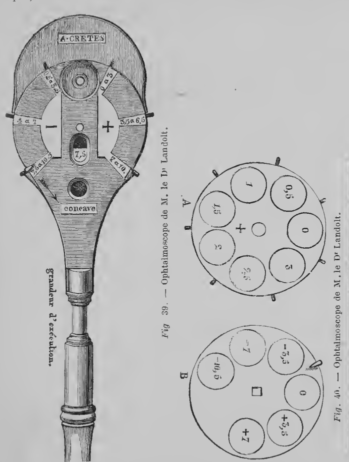


Fig 39. — Ophtalmoscope de M. le Dr Landolt.

Fig. 40. — Ophtalmoscope de M. le Dr Landolt.

gique. En tournant sur son centre la figure carrée, on trouvera une position suivant laquelle ce reflet prendra la forme d'un rectangle dont le plus grand côté correspondra au plus grand rayon de courbure de la cornée ; l'examinateur se rendra compte de la déformation et de son degré en approchant de l'œil examiné un petit tableau représentant une série de rectangles, dont les petits côtés vont en diminuant de grandeur et correspondent à une correction par des verres cylindriques de 1 à 10 dioptries, moyen jusqu'ici employé pour corriger cette asymétrie (Voir *Fig.* 41).

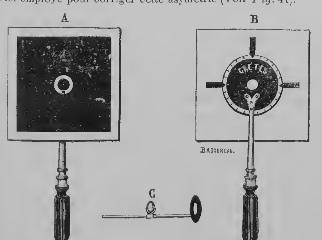


Fig 41. Astigmomètre de MM. de Wecker et Masselon.

Le Kératoscope enregistreur. — Malheureusement le moyen précédent laisse quelque prise à l'erreur, car il faut une sorte de virtuosité pour se servir de l'instrument précité, dont le reflet mesure à peine 4 millimètres de côté, alors surtout que les différences de correction, d'une dioptrie à l'autre, ne varient pas de plus d'un demi à un quart de millimètre. Retournant pour ainsi dire complètement la question, M. Crétès a transformé le grand carré reflecteur en un rectangle ; il lui a suffi pour cela de faire glisser les côtés du carré au moyen d'une double vis ; on obtient ainsi, comme résultat de correction sur la cornée examinée, une image toujours carrée ; cette correction s'indique alors non sur la cornée, mais sur l'instrument, où elle se mesure à l'aide d'une division placée en arrière (Voir *Fig.* 41).

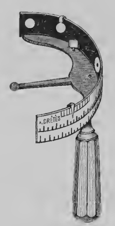


Fig. 42. — Arc kératoscopique de Masselon.

L'Arc kératoscopique de Masselon, pour la mesure du kératocone, du diamètre pupillaire et du strabisme, est un instrument qui se compose d'une lame demi-circulaire portant; à sa face externe trois échelles pour les différents usages, à sa face interne une bande noire munie d'un disque central blanc perforé ; à 60° de chaque côté, un disque blanc fixe et deux disques blancs mobiles qui se meuvent sur l'arc ; le tout est porté par un manche. 1° Pour mesurer le kératocone, le patient étant placé près d'une fenêtre à laquelle il tourne le dos, poser la tige de l'instrument sur la pommette au-dessous de l'œil à observer, placer les deux disques mobiles au zéro de l'échelle kératoconométrique et regarder par le trou du disque central ; si la cornée a une courbure régulière on verra cinq reflets équidistants, tandis que, s'il y a déformation conique, les disques mobiles seront plus rapprochés du centre de la cornée ; on mesurera cette déformation en reculant du centre aux deux extrémités les disques mobiles, jusqu'à ce qu'on aperçoive les cinq reflets équidistants ; à ce moment on lira, sur les échelles, un chiffre indiquant le numéro du verre combiné qui corrige approximativement la déformation. 2° Pour la mesure du diamètre pupillaire, l'instrument et le patient étant disposés comme ci-dessus, l'image du disque central se formant bien au milieu de la pupille, déplacer vers la droite et vers la gauche les disques mobiles jusqu'à ce que leurs reflets soient coupés en deux par les bords de la pupille ; derrière l'arc on lira, en dixièmes de millimètres, la mesure cherchée. 3° Pour trouver l'angle de déviation du strabisme, placer dans la coulisse une bande de carte noire portant trois disques blancs équidistants, ajuster un petit miroir sur un des trous de la tablette en face de l'œil sain, et inviter le malade à fixer dans ce miroir une image venant de l'horizon ; puis, regardant par l'encoche au-dessus du disque central, glisser la carte jusqu'à ce que l'image de ce disque soit bien au milieu de la pupille de l'œil dévié ; à ce moment, lire sur la division le nombre de degrés parcourus, qui sera celui du strabisme observé. (*Fig.* 42).

L'Ophtalmoscope de Helmholtz-Wecker est une modification de l'instrument primitif d'Helmholtz ; on a supprimé la boite de cuivre qui renfermait les trois plaques réfléchissantes et ajouté une rainure destinée à recevoir un verre de la série ordinaire des boites d'oculistes, pour examiner à l'image droite la pupille sous un faible éclairage et constater les altérations des centres nerveux

Le *Prisme mobile de Crétès, à angle variable*, sert à mesurer toute déviation des lignes visuelles et aussi l'angle métrique sur une division tracée par le Dr Landolt d'après les principes de Nagel. Deux prismes de 15° chaque sont superposés dans une monture tournante ; quand ils sont à base opposée ils se neutralisent : $15 - 15 = 0$. Quand ils sont à bases additionnées ils se doublent : $15 + 15 = 30$. En faisant tourner les verres, au moyen du bouton qui parcourt la coulisse, on obtient une série de déviations de 0 à 30°. M. le Dr Landolt a utilisé cette faculté pour mesurer l'angle de convergence ou angle métrique, cette unité métrique représente la direction des deux lignes visuelles qui, de chaque œil, fixent un objet situé à 1 mètre et forment l'angle métrique ; il sert aussi à mesurer l'amplitude de convergence de chaque sujet pour les différentes distances, etc.

Le *Périmètre enregistreur et imprimeur de Crétès.* — Depuis de longues années on a essayé d'inscrire le résultat des recherches de la périmétrie du champ visuel sur l'arc employé à

cet usage; des mécanismes très compliqués ont été construits sans beaucoup de succès. Cette fois on peut obtenir, sur une petite feuille placée au centre de l'arc, l'impression en chiffres du nombre de degrés parcourus par le point mobile qui sert à mesurer la périphérie du champ visuel. Pour arriver à ce but, le curseur portant le point mobile est fixé à une réglette, elle-même armée de chiffres en relief en rapport avec les degrés de division de l'arc. Pendant qu'on fait glisser le curseur, un des numéros de la réglette se présente devant une petite fenêtre pratiquée au centre de l'instrument; un léger mouvement de pression en arrière imprime le chiffre en question sur une feuille disposée d'avance; l'examen terminé, on ouvre la boîte qui contient cette feuille, elle est marquée de chiffres semblables à ceux employés dans les télégraphes, chiffres qui sont la représentation exacte des arrêts des curseurs aux différents points de recherche. Le mécanisme, très simple, est entièrement caché pour ne pas gêner le regard du patient soumis à l'examen.

Chromatoscope du Dr Ribeiro-Santos (de Bahia). — Rechercher le *seotome* central pour les couleurs dans les cas d'amblyopie nicotinique, tel est le but de cet instrument. Il se compose d'un disque rotatif recouvert de papiers de couleurs, monté entre deux lamelles; les couleurs apparaissent par une ouverture de 12 millimètres à une distance de 5 centimètres; c'est là le point de fixation. On place l'instrument à 0,25 centimètres de l'observé, qui regarde le point coloré s'il s'agit d'un examen central, ou fixe la croix, s'il s'agit d'un examen périphérique (Voir *Fig.* 43).

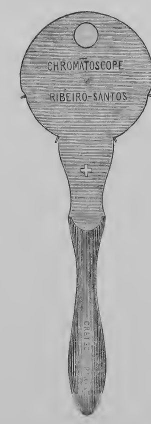


Fig. 43. — Chromatoscope du Dr Ribeiro Santos

Un *petit appareil* très simple, pour examiner *rapidement le sens chromatique*, a été imaginé par Crétès. Il est basé sur la perception des reflets de couleurs complémentaires ou ombres colorées déjà employés par le Dr Stilling. Cette expérience exigeait jadis un outillage compliqué: volet plein percé, bougie latérale, écran, etc... Une petite boîte qu'on peut tenir à la main porte à sa face inférieure deux ouvertures : devant la première, on place un verre coloré qui vient former au fond de la boîte un reflet de la couleur du verre en question; devant cet écran se dresse une tige formant ombre; cette tige est disposée de telle façon que, grâce à l'éclairage fourni par la seconde ouverture de la boîte, son ombre s'ajoute à la surface éclairée par le verre coloré. Or, cette ombre apparaît de la couleur complémentaire de celle du verre coloré aux yeux des personnes dont le sens chromatique est intact, tandis que les dyschromatropes ne voient pas de différence de coloration. Pour pratiquer cet examen, il faut se placer devant une fenêtre et recevoir une lumière franche, du ciel, des nuages, etc... On peut aussi se servir d'une lumière artificielle intense, près d'un bec de gaz, pourvu que la lumière pénètre dans la boîte par les deux ouvertures.

L'Appareil du Dr Maréchal (de Brest) a été imaginé pour l'examen des candidats à l'Ecole Navale. Cet appareil se compose de deux fanaux réduits : le premier, celui de l'examinateur, contient une série de verres colorés montés en segments dans un disque et passant derrière un diaphragme à ouvertures variables destinées à simuler les distances; l'examinateur tourne le disque et propose au candidat une couleur qu'il doit, non pas nommer, mais copier à la muette en actionnant le second fanal qu'on met à sa disposition; celui-ci, garni d'un disque portant des verres colorés semblables à l'autre, est actionné par des cordons de 2 mètres de long que le candidat tient entre ses mains.

L'examinateur questionne ensuite le candidat en lui présentant devant l'ouverture large du fanal des verres en demi-cercle colorés diversement. Il peut ainsi témoigner de la bonne ou mauvaise qualité du sens chromatique du sujet qui lui est soumis.

b). *Salle.* — Dans la deuxième salle nous passerons rapidement devant la vitrine des fabricants d'yeux artificiels, dont nous avons déjà parlé précédemment. Nous rappellerons simplement ici les noms de ceux qui se sont surpassés : *MM. Robillard, E. Boissonneau, Odile Wagner, H. Liskenne.* — A côté de ces yeux prothétiques artificiels, il faut citer, dans la vitrine *Roulot, l'échelle optométrique de M. le Dr Parinaud*; le choix des caractères a été soumis par l'ophtalmologiste de la Salpêtrière à une judicieuse critique.

(*A suivre*). P. Keraval.

VARIA

Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

Le Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris s'est terminé lundi soir, 27 janvier 1890, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

A. *Internes titulaires.* — 1. Michel, Pescher, Souligoux, Baillet, Chibret, Teissier, Gauthier, Delbet, Sabouraud, Deguerct.

11. Baudron, Guitton, Dubrisay, Potier, Rousseau, Gouget, Thiercelin, Auscher, Morestin, Sottas.

21. Barrié, Rancurel, Vassal, Perruchet, Boix, Damourette, Genouville, Cazin, Bonneau, Cautru.

31. Pompidor, Veslin, Laurent-Préfontaine, Wassilieff, Tollemer, Artus, Veillon, Orrillard, Le Moniet, Touchard.

41. Jourdan, Lasserre, Guibert, Roussel, Dupasquier, Sorel, Morax, Malapert, Martin-Durr, Poivet.

B. *Internes provisoires.*— 1. Bernard (Félix), Cazenave, Hulot, Potel, Collinet (Edouard), Binot (Jean), Durante, Giresse, Jayle, Papillault.

11. Malherbe, Taurin, Diaz, Damaye, Londe, Petit, Collinet (Paul), Dudefoy, Binaud (William), Lebon.

21. Richerolle, Fort, Gervais de Rouville, Mayet, Walch, Magniaux, Huguenin, Jacquinet, Bernard (Jean), Bernardbeig.

31. Lepetit, Marié, Béchet, Maupaté, Frey, Manson, Trékaki, Bouchinet, Reymond, Harou.

41. Chabory, Guépin, Brésard, Mignot, Chaumont, Phulpin, Floersheim, Donnet, Michel-Dansac, Chaillou.

51. Brunet et Emerit.

Concours de l'Externat des Hôpitaux de Paris.

Le Concours de l'Externat des Hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 25 janvier 1880, par la nomination des 307 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Planque, Pauchet, Lacour, Le Moniet, Perregaux, Bensaude, Sergent, Michon, Delanglade, Jorand.

11. Lalande, Rispal, Fiquet, Schweisguth, Ardillaux, Du Bouchet, Venot, Mirallié, Chevereau, Mortagne.

21. Desfosses, Brunswic, Perrin, Teissier, Schwaab, Landowski, Follet, Nimier, Paul-Boncour, Lévy (Armand).

31. Martin-Durr, Bourcart, Mermet, Hüart, Deguéret, Lévi (Charles), Longuet, Zeimet, Auvray, Radovici.

41. Salmon, Mme veuve Eliacheff, née Roginsky (Pauline) Collet, Bernardbeig, Bellot (Paul), Frémin, Jeannin (Georges-Paul-Honoré), Thiénot, Gasne, Ranglaret.

51. Pouquet, Canuet, Bacri, Claude, Ripaul, Bodin (Eugène-Marie), Chatelot, Bernard, Sarafoff, Braquehaye.

61. Reymond, Morel, Lombard, Escat (Jean-Joseph), Fournier (Louis-Joseph), Touchard, Mlle Broido (Sarah), Phulpin, Bois, Pouillot.

71. Vermorel, Fort, Genouville, Litinsky, Bize, Wesberge, Nollet, Demay, Pêtre, Decès.

81. Fournier (Alfred-Edmond), Comar (Gaston), Cocquelet, Lavocat, Picou, Danseux, Meyer, Riche, Bodin (Léonce-Gabriel)' Girard.
91. Dauny, Gorse, Capdepont, Mlle Bouët (Françoise), Marion, Potel, Jacquinet, Virchaux, Vandaele, Cange.
101. Cazenave, Darquier, Chéron, Lenormand, Bellot (Eugène-Marie-Louis), Cadéac, Leroux (Auguste-Emile), Paté, Poussard, Bastide.
111. Beaussenat, Mesnil, Tissier (Paul), Baudron, Paturet, Baley, Anghelovici, Orrillard, Richard (Louis-Pierre-Marie), Damourette.
121. Marchadier, Widiez, Ravanier, Chaudet, Tissier (Henry), Gallard, Trouillard, Sauvage, Mignot, Mercier.
131. Puech, de Gaulejac, Champenois, Laugier, Baillet, Maire-Améro, Christen, Hulot, Dupuy (Paul-Marie-Edouard), Apert.
141. Greuet, Cocquerelle, Ménard, Chassevant, Ferrier, Escat (Etienne), Bolognesi, Tsakiris, Dominguez, Diaz.
151. Cazin, Bonnus, Marçais, Moity, Kahn, Dumontier, Luyt, Didier, Cerf, Mougeot.
161. Guilliou, Guibert-Lasalle, Thirard, Daude-Lagrave, Théodore, Halipré, Harou, Prieur, Galtier, Floersheim.
171. Alleaume, Pribat, Decréquy, Lhomme, Janin (Joseph-Marie-Auguste), Guilleminot, Devillas, Cohanesco, Quignard, Sallé.
181. David (Léon-Jules), Chailloux, Javey, Pley, Gosset, Macrez, Marinco, Meusnier, Jouglet, Bouzon.
191. Lemelletier, Desforges, Babon, Dufour (Etienne-Louis), Laurens, Maksud, Boëteau, Royer (Adolphe), Ehrhard (Christian).
201. David (Marie-Henri), Hannion, Brosset, Duchesne, Eichmüller, Mathanson, Verdier, Rocquet, Lacaze, Leroy.
211. Trognon, Lemaire, Moundlic, Miquel, Couvreur (Achille), Gibert (Marie-Joseph-Théophile-André), Sauvez, Corby, Pingat, Guyard.
221. Gouvernaire, Couillaud, Courtillier, Delmas, Le Roux (Emile), Aublé, Tacquet, Heins, Lemoult, Callais.
231. Loriot, Chabry, Gestat, Vergues, Barjon, Rochon, Le Maitre, Dardel, Vincent, Guillemot (Jules-Albert).
241. Cuénot, Charpentier, Constantinidès, David (Jacques), Deronde, Decornet, Mlle Lipinska, Sarremone, Guillemet, Bertherand.
251. Pargoire, Abramovitsch, Lafond, Fonlladosa, Mérieux, Schwob, Lévy (Georges-Lazare), Hamaide, Léger, Pouteau.
261. Joly, Laporte, Valentin, Malfuson, Sebilotte, Seguin, Berceot, Barthélemy, Maupâté, Bouju.
271. Himely, Guillon, Klefstad-Sillonville, Emerit, Bouteil, Coulon, Roché, Grilhault des Fontaines, Sarrouy, Dreyfus.
281. Verin, Presle, Vidal, Estay, Semens, Marcopoulos, Benoît, Jonnart, Yvinec, Horay.
291. Paley, Charrade, Vivier, Elmassian, Goupil, Morisse, Soulié, Désiré, Lafaye, Delmond-Bébet.
301. Texier, Euvrard, Royer (Pierre-Victor-Charles), Bron, Rottenberg, Desgenétez et Beretta (1).

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaire à l'Ecole d'application de Médecine et de Pharmacie militaires.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 26 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe civils, aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires. Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° Etre né ou naturalisé Français. 2° Avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1890. 3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins. 4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe. Les épreuves à subir seront : *Pour les docteurs en médecine.* 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale. 2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale. 3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter. 4° Interrogations sur l'hygiène. *Pour les pharmaciens de 1re classe.* 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale. 2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie. 3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés). Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

1° Avant leur entrée à l'école.

1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi.
2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe. (Cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves).
3° Certificat d'aptitude au service militaire.
4° Certificat délivré par le commandant de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire.
5° Indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

2° Aussitôt après leur admission à l'école.

L'engagement de servir pendant six ans dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 3,096 francs par an; ils portent l'uniforme, et il leur est accordé une première mise d'équipement.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire avant d'avoir accompli l'engagement de six ans.

(1) Voici les noms des externes nommés cette année internes, et qu'on doit retrancher de cette liste : MM. Le Moniet, Teissier, Martin-Durr, Deguerct, Touchard, Genouville, Baudron, Orrillard, Damourette.

L'Epidémie actuelle.

I.—*Les discussions sur la Grippe dans les Sociétés savantes. Encore le Bacille de l'Influenza.*

L'Épidémie est en baisse partout; aussi les Sociétés savantes, toutes sans exception, s'en donnent-elles à cœur joie. C'est le moment de parler, puisque l'influenza se tait, et d'indiquer les mesures à prendre maintenant que tout Paris est guéri. Un architecte de l'Assistance publique nous faisait hier la réflexion suivante: « On commence maintenant à construire les baraques dans les hôpitaux! » En retranchant de cet accès d'humour toute l'exagération d'un parisien pur sang, on comprend quelle est la note. Ici l'on dit : « J'ai affirmé, le 15 décembre, que l'épidémie serait bénigne, parce qu'elle l'était alors. Que pouvais-je faire de plus? » Là on ajoute : « J'ai dit qu'il s'agissait de grippe, parce que je ne connaissais pas la dengue. Je ne peux pourtant pas parler de ce que je connais pas! » Ailleurs on raconte : « J'arrive de Syrie ; j'ai vu la dengue ; mais c'est de la grippe, la dengue de là-bas ! » Alors si la dengue est de la grippe, la grippe, pour nous, vulgaire, nous semble être de la dengue ! De plus en plus fort; on n'en sortira pas. Pour en trouver la raison, ne cherchez pas la femme ; cette fois, c'est l'homme.

Revenons maintenant au Bacille de l'Influenza, question du jour. La *Société médicale des hôpitaux* et l'*Académie de médecine* sont, sur ce sujet, entrées dans la lice et en concurrence avec les laboratoires étrangers. Dans les pages précédentes on trouvera des renseignements circonstanciés sur ce sujet, en ce qui concerne les communications d'origine française.

Dans notre dernier numéro, nous avons publié l'analyse des recherches de M. le Dr Maximilien Jolles (de Vienne) sur les microbes de l'influenza. Cet auteur a fait paraître, la semaine dernière, une note préliminaire dans un journal de médecine sur ce sujet. On pourra en prendre connaissance dans le *Wiener medizinische Blætter*, n° 4, 23 janvier 1890, p. 51. Tous les journaux de Vienne, d'ailleurs, s'occupent de cette question. Comme il s'agit de recherches trop hâtives, nous n'y insistons pas davantage.

Les autorités allemandes ont ordonné une *enquête au sujet de l'épidémie d'influenza.* A cet effet, elles sont entrées en

pourparler avec la Société de Médecine interne de Berlin. Cette commission a provisoirement résolu, d'après les *Nouvelles de Hambourg*, d'envoyer un questionnaire à tous les médecins d'Allemagne et de conférer avec le Comité international de statistique de Londres.

II. — *Marche de l'Epidémie.*

Voici quelques renseignements sur la marche de l'épidémie qui n'est pas encore tout à fait éteinte.—On a vu plus haut ce qui a lieu en *Suisse*.—En *Italie*, l'épidémie battait son plein, la semaine dernière, à Rome. Tous les hôpitaux étaient combles. A Civita-Vecchia, le nombre des malades dépassait la moitié du chiffre total des habitants de la ville. Il y avait également un grand nombre de cas dans la garnison. A Frigolo, de 3,000 habitants, 2,500 étaient alités.

L'*Agence Havas* nous apprend que l'influenza sévit fortement à *Constantinople*. Un grand nombre de personnes sont atteintes de pneumonie. On a constaté plusieurs cas de pneumonie suivie de mort.

D'après une dépêche de *Québec* un grand nombre de membres du conseil législatif et de la Chambre des députés du Canada sont malades de l'influenza, de sorte que le travail législatif est entièrement paralysé.— Des informations du *Mexique* portent que l'influenza fait des progrès dans ce pays et qu'elle est le plus souvent suivie de complications qui entraînent la mort.

Les Juges et les Médecins.

M. Thévenet, ministre de la Justice, vient d'adresser aux procureurs généraux la circulaire suivante :

Monsieur le procureur général,

Mon attention a été appelée sur les difficultés qui se sont élevées dans quelques ressorts, entre les magistrats chargés de la police judiciaire et les médecins requis de prêter leur concours à l'œuvre de la justice.

Ces difficultés sont nées des tarifs que le décret du 18 juin 1811 sur les frais de justice, en matière criminelle et de police, établit pour les constatations médico-légales et que les médecins ne considèrent pas comme suffisamment rémunérateurs.

Il est regrettable que certains médecins aient cru devoir traduire leurs protestations contre les dispositions de ce décret par des refus d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité judiciaire, qui ont contraint le ministère public à exercer contre eux des poursuites.

Mais ce ne sont là heureusement que de très rares exceptions, et je me plais à constater que la justice continue à trouver, dans le corps médical, le précieux concours auquel il l'a habituée.

C'est, qu'en effet, quel que soit leur désir de voir rémunérer plus équitablement leurs services, les médecins, en général, estiment que la mission judiciaire qui leur est donnée s'impose à leur conscience comme un de leurs premiers devoirs envers la société.

Si je blâme l'attitude de certains médecins, ce n'est pas que je ne reconnaisse, dans une certaine mesure, la légitimité des prétentions qui l'ont provoquée. Le décret du 18 juin 1811, pendant un certain temps, a été en harmonie avec les besoins de notre état économique et social. Mais, depuis, la situation s'est modifiée et les tarifs que ce décret consacre peuvent paraître insuffisants.

C'est en s'inspirant de cette pensée qu'un de mes prédécesseurs a institué au ministère de la justice une commission chargée d'établir de nouveaux tarifs des frais en matière criminelle, correctionnelle et de simple police. Sans attendre que cette commission ait terminé son œuvre, je désire rechercher s'il n'y aurait pas lieu, dès à présent, de modifier le taux des honoraires qui sont alloués aux médecins.

Pour compléter les éléments d'appréciation que je possède, je vous prie de consulter les syndicats ou associations de médecins de votre ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable et de me faire parvenir, avec une copie de leurs délibérations, votre avis personnel.

Recevez, etc.

M. le ministre de la Justice peut blâmer « l'attitude de certains médecins »; le corps médical tout entier s'est associé à la courageuse initiative des médecins de Rodez, dit la *Gaz. des Hôp.*

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Retterer ; — 3e de *Doctorat*, oral (1e partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Segond.

Mardi 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley ; — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Ballet, Gilbert ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Panas, Duplay, Bar ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Duguet, Hanot.

Mercredi 5. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Kirmisson, Poirier ; — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss ; — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Pinard, Tuffier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Chantemesse.

Jeudi 6. — Dissection : MM. Panas, Farabeuf, Quenu.

Vendredi 7.— 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Richet, Reynier, Retterer; — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Marie, Chantemesse ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Chauffard, Letulle; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Strauss, Netter.

Samedi 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Debove; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Nélaton, Bar; — (2e partie) : MM. Peter, Ballet, Gilbert

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 5. — M. Bouisson. Charbon intestinal humain. — M. Descoings. De l'amygdalyte, considérée comme maladie infectieuse et contagieuse. — *Jeudi* 6. — M. Springer. La croissance, son rôle en pathologie. — M. Paillotte. Notes sur l'alimentation des nouveau-nés. — M. Perchaux. Histoire de l'hôpital de Lourcine. — M. Mordret. Etude anatomo-pathologique et clinique des salpingo-ovarites. — M. Calamy. Du traitement de la catorade diabétique. — M. Brocard. De la pleurésie grippale. — M. Ferrand. Contribution à l'étude de la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — *Samedi* 8. — M. Lorentz. Contribution à l'étude de la filariose. — M. Cart. Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. — M. Mollard. Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Paul-François BLACHEZ.

M. le Dr Paul-François Blachez, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital de la Charité, vient de succomber à une attaque d'hémorrhagie cérébrale, dont il avait déjà ressenti une atteinte il y a quelque temps. Il est décédé le 27 janvier 1890, à l'âge de 62 ans.

Nommé interne des hôpitaux en 1853, il fut reçu docteur en 1858. Le titre de sa thèse est :

Etude sur la dothiénentérie (considérations sur les troubles fonctionnels du foie dans cette affection).

Sa thèse d'agrégation a pour titre : *la Stéatose.*

Il publia une édition du *Traité du Diagnostic* de Râcle (Paris, 1868). Il a en outre collaboré au *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, où il a publié de nombreux articles et à la *Gazette hebdomadaire*.

La plupart de ses travaux ont trait aux maladies des voies respiratoires, aux maladies du cœur ou à l'hygiène (*Hygiène des hôpitaux; du travail des enfants dans les manufactures; alimentation des nouveau-nés*, etc.). Il fut, en 1870, directeur des ambulances nationales de Charenton. B.

M. le Pr D. CAUVET (de Lyon).

M. le Pr D. Cauvet, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, pharmacien principal de l'armée, est mort en 48 heures, la semaine dernière, des suites de l'influenza (pneumonie). On voit que le corps enseignant lyonnais, qui vient de perdre D. Mollière, est aussi éprouvé que celui de Paris par l'épidémie régnante.

Elève du professeur Clos et de l'ancienne Ecole de Strasbourg, Cauvet devint bientôt pharmacien militaire. Dès ses débuts, il se livra à des travaux de botanique et passa sa thèse de doctorat ès sciences en 1861, à la Faculté des sciences de Strasbourg, sur un sujet ressortissant de cette spécialité. Résolu à suivre la carrière professorale, il vint en 1864 concourir à Paris pour l'agrégation à l'Ecole de pharmacie, et fut nommé. En 1871, après la guerre, il se fit recevoir docteur en médecine à Montpellier. D'abord professeur d'histoire naturelle médicale à l'Ecole de pharmacie de Nancy, il vint en 1877 à Lyon, au moment de la création de la Faculté, occuper la même chaire. Il ne tarda

pas à être nommé, en outre, chef du service pharmaceutique de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Cauvet était chevalier de la Légion d'honneur.

On doit surtout à ce botaniste, outre ses thèses de doctorat et d'agrégation, que nous énumérons ci-dessous, un certain nombre d'ouvrages didactiques qui, avant la publication de ceux du Pr Baillon ou de ses élèves sur les mêmes matières, ont été les premiers guides de l'étudiant en médecine et en pharmacie. Nous citerons d'abord ses *Eléments d'Histoire naturelle médicale*, comprenant la zoologie, la botanique et la minéralogie, avec l'histoire et les propriétés des animaux et des végétaux utiles ou nuisibles à l'homme ; ouvrage en 2 volumes, avec 824 figures, in-18 jésus, 1,500 pages (1re édition, 1868 ; 2me édition, 1877), dont le plan est loin de répondre aux besoins actuels des jeunes étudiants et dont la conception fut par trop didactique. Qui eût connu l'homme eût deviné le livre ! Citons aussi son *Cours élémentaire de Botanique*, Paris, 1879, Baillière et fils, 617 figures, 667 pages ; un peu trop calqué sur le bel ouvrage de J. Sachs et sur le traité de Duchartre, un peu trop didactique aussi, mais qui renferme cependant des passages nouveaux et d'un réel intérêt, entre autres un bon résumé de paléontologie végétale et de la théorie de l'évolution en botanique, ainsi que des notes de géographie botanique. Citons encore un *Dictionnaire élémentaire d'Histoire naturelle*, Paris, 1879, 1,200 pages.

Voici la liste de ses principales publications :

Etude du rôle des racines dans l'absorption et l'excrétion ; thèse de doct. ès sciences, Strasbourg, 1861, in-4°, 120 pages. — *Des Solanées* ; thèse d'agrég. à l'Ecole de pharmacie, 152 pages et 6 planches, Paris, 1864. — *Du protoplasma* ; thèse inaugurale, Montpellier, 1871, in-4°, 78 p. — *De la lueur produite par les armes à feu au point de vue médico-légal* ; 15 p., Paris, Baillière, 1874. — *Examen et analyse des vinaigres* ; 32 p., Martinet, Paris, reproduction des *Ann. d'hyg.*, 1874. — *Attentat à la pudeur* ; 7 p., Paris, Martinet; reproduction des *Ann. d'hyg.*, Paris, 1875. — *Empoisonnement par l'arsenic*, 29 p.; in *Ann. d'hyg.*, 1875. — *Taches de sperme et taches de sang* ; in *idem*, 1875 ; etc., etc.

Cauvet, dit le *Lyon médical*, « avait un caractère droit et bon. Ses qualités, comme la finesse de son esprit, se lisaient comme à livre ouvert sur sa physionomie franche et bienveillante. Il était très aimé de ses élèves, qui perdent en lui un conseiller ami, toujours prêt à aplanir les difficultés du début. » En réalité, Cauvet fut un travailleur et un homme à l'aspect un peu dur; mais, s'il a eu la vie difficile, il n'emporte pas moins l'estime de ceux qui l'ont connu. Marcel BAUDOUIN.

M. le Docteur VILLENEUVE (Paris).

M. le Dr VILLENEUVE, ancien député de la Seine, l'un des trois frères Villeneuve qui se firent remarquer sous l'empire dans les rangs de l'opposition républicaine irréconciliable, vient de mourir. Né en 1840, à Lembeye (Basses-Pyrénées), il vint à Paris suivre les cours de la Faculté de médecine. Il se lia d'amitié avec les jeunes gens qui, dans les feuilles républicaines du quartier des Ecoles, affirmaient leurs aspirations et leur indépendance en face du régime impérial. Villeneuve avait été déjà impliqué dans plusieurs procès politiques, qui lui avaient valu un certain nombre de mois de prison, lorsqu'il fut prévenu, avec Blanqui, Tridon, Jaclard, etc., d'avoir fait partie d'un comité directeur ayant organisé un vaste complot contre l'empire. La Haute Cour de Blois fut convoquée pour juger ce procès, dont le gouvernement impérial espérait sa consolidation ; mais la trame de l'accusation était si légère, si factice même, que Villeneuve fut acquitté. Après le 4 Septembre, Villeneuve fut élu premier adjoint du XVIIe arrondissement où il s'était établi après avoir été reçu docteur en médecine. Vient le 18 Mars ; Villeneuve croit à une conciliation possible entre Versailles et la Commune et se fait inscrire à la Ligue des droits de Paris. Quand la Commune fut vaincue, Villeneuve se retira à Clichy où il exerça sa profession de médecin. Ses concitoyens l'élurent maire en 1876; il fut bientôt après nommé conseiller général du canton de Neuilly et réélu à trois reprises. En 1881, ce même canton l'envoya siéger au palais Bourbon où il vota généralement avec la gauche radicale. En 1885, il fut élu, au scrutin de liste, député de la Seine. C'est alors que la maladie vint l'arracher à ses fonctions et le força à se retirer dans son pays natal, à Lembeye, où il est mort dans sa cinquante et unième année. Ses obsèques civiles ont eu lieu le 26 janvier à Clichy. Il avait fait au Conseil général plusieurs rapports sur l'utilisation agricole des eaux d'égout, un autre sur le déplacement de la prison de St-Lazare et sur l'organisation d'un enseignement classique des maladies nerveuses.

M. le Pr Henri FREY (Zurich).

M. le Dr Henri FREY, ancien professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Zurich, vient de mourir.

Né à Francfort-sur-le-Mein, le 15 juin 1822, Frey commença ses études médicales à Bonn, puis vint à Berlin travailler chez Schœnlein et à Göttingue chez R. Wagner. Il fut reçu docteur en 1845 à Gottingue. Plus tard privat-docent, il fut assistant de physiologie à l'Institut de Göttingue pendant 1 an 1/2. En 1848, l'Université de Zurich l'appela et il y fut nommé professeur à la Faculté de médecine. On lui doit surtout : *Handbuch der Histologie und Histochemie*; 1re édition, 1859, Leipzig ; 5 éditions depuis ; traduit en français, en anglais par Barker (Londres) et en russe.

Citons encore : *Das Microscop und die Mikroskopische Technik* (7 éditions et plusieurs traductions, dont une anglaise par R. Cutter d'après la 4e édition allemande, New-York, 1872. — *Grundzüge der Histologie* (Leipzig, 2 éditions ; traduction en anglais par Cutter (New-York), en français et en espagnol). —*Beiträge zur Kentniss Wirbelloser Thiere* (en collaboration avec Leuckart), 1846 ; — *Vergleichende Anatomie der Wirbellosen Thiere*; in *Handbuch der Zootomie*, von R. Wagner, en collaboration avec Leuckart, 1843-1847 (Leipzig); — *Studien aus Helgoland;* — *Ueber die wichtigsten Nahrungsmittel der Menschen*, Zurich, 1855 ; — *Untersuchungen ueber die Lymphdrüsen der Menschen und der SäugeThiere* ; Leipzig, 1851 ; — *Untersuchungen über die Lymphgefässe des Darmkanales* ; Leipzig, 1863, et in *Zeitschrift. f. wissensch. Zool.*, XII-XIII. — On lui doit en outre une foule de mémoires, de rapports, d'ouvrages et des monographies nombreuses sur les *Lépidoptères*. — Nombreux sont les naturalistes, les zoologistes, les embryologistes, les histologistes qui, à Zurich, ont travaillé au laboratoire de H. Frey. C'était un savant de premier ordre. Marc. B.

M. le Dr Williams-Wilhey GULL (Londres).

Sir W.-W. GULL, une des autorités médicales de la Grande-Bretagne, vient de mourir à l'âge de 73 ans à Londres. Gull naquit à Thorpe-le-Soken (Essex) le 31 décembre 1816. Il étudia à Guy's Hospital, puis à l'Université de Londres, et fut reçu docteur en 1846. Il fut pendant vingt ans médecin à Guy's Hospital, puis professeur de physiologie à l'Institut Royal de la Grande-Bretagne (1847-49). Il s'est fait apprécier surtout du monde savant par ses études sur l'hypocondrie et les paralysies. Ses principaux travaux sont : *Goulstonian lectures on paralysies* (*Lond. med. Gaz.*, 1849). — *Report on cholera for the R. Coll. of Physic.* — *Treatise on hypochondriasis.* — *Abscess of Brain* (*Reynold System of med.*). — *Paraplegia*; in Guys' Hosp. Reports., 1856-1858. — *On paralysis of the lower extremities consequent upon disease of the bladder and Kidneys* (Urinary Paraplegia) ; idem, 1861. — En collaboration avec Sutton : *Artério-capillary fibrosis* (Med. Chir. Transact., Vol. LV). — *Anorexia nervosa* (Transact. of the Clinc. Soc., Vol. VII). — *On a cretinoïd State.* — *Case of probable thrombosis of superior mesenteric Vein and Renal Veins.*, etc., etc. On lui doit encore :

Syllabus of a course of lectures on structural anatomy and physiology (Guy's medical school), 1850-51, 19 p., London. — *Case of progressive atrophy of the muscles of the hands ; enlargement of the ventricle of the cord in the cervical region, with atrophy of the gray matter* (Hydromyelus). — *Alcoholl as a medicine, as a beverage. Extracts from the evidence given before the Peers select committee on intemperance* ; Londres, 1877.— *Report on the nature and import of certain microscopic Bodies* ; en collaboration avec Baly. — Avec Trevelyan (Ch.) : *Metropolitan medical relief*, Londres, 1877 ; etc., etc.

Son portrait a été publié dans la collection Van Kaathoven. M. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. —Du dimanche 19 janv. 1890 au samedi 25 janv. 1890, les naissances ont été au nombre de 11.20 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 389 ; illégitimes, 168, Total, 557. — *Sexe féminin :* légitimes, 373 ; illégitimes, 190, Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 janv. 1890 au samedi 25 janv. 1890, les décès ont été au nombre de 1147 savoir : 644 hommes et 503 femmes Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 10, T. 17. — Variole : M. 4, F. 1, T. 5. — Rougeole : M. 11, F. 5. T 16. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 6. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 19 F. 12, T. 31.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 158, F. 99, T. 257. — Autres tuberculoses : M. 18. F. 6 T. 24 — Tumeurs bénignes : M. 12, F. 25. T. 37. — Tumeurs malignes : M. 2, F. 3. T. 5. — Méningite simple : M. 21, F. 16, T. 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 21, T. 50. — Paralysie : M. 4, F. 4 T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 3, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 24. T. 51. — Bronchite aiguë : M. 26. F 25 T. 51. — Bronchite chronique : M 23, F. 28. T. 51. — Broncho-Pneumonie : M. 22. F. 26. T. 48 — Pneumonie : M. 50. F. 42. T. 92. — Gastro-entérite, biberon, M. 22. F. 12. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M 6, F. 2. T. 8, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4. F. 4. T. 8.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4 T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 15, F. 12, T. 27. — Sénilité : M. 8, F. 15. T. 23.— Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes : M. 2. F. 1. T. 3. — Autres causes de mort : M. 120 F. 78. T. 198. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 10, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 25, illégitimes, 15 Total : 40 — *Sexe féminin :* légitimes, 30; illégitimes, 8. Total : 38.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — Un congé, du 1er janvier au 31 octobre 1890, est accordé, sur sa demande, à M. ASTOR, professeur de mécanique rationnelle et appliquée à la Faculté des sciences de Grenoble.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'anatomie.* — M. le Dr Poirier, agrégé, chef des travaux, a commencé ce cours, à 4 heures, le 6 février 1890 (G. A. Ecole pratique); il le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants, à même heure. Objet du cours : *La tête.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HAUSHALTER est maintenu pour un an, à dater du 1er janvier 1890, dans les fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. THOURY (Albert-Onésiphore), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur des travaux pratiques de première année à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Grimbert-démissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. FROIDURE (Pierre-Louis-Léon-Zenobe), docteur en médecine, est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ECOLE SUPERIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. PLANCHON (Louis-David), docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de dix ans, à partir du 1er janvier 1890, chef des travaux d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Courchet appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — M. COLLEVILLE, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé en outre. jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPATATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira le 3 novembre 1890 devant la Faculté de médecine de Nancy. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un congé, pour l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. TOUSSAINT, professeur de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *Fêtes du Centenaire.* — Les diverses commissions qui s'occupent de la célébration du sixième Centenaire de l'Université de Montpellier viennent d'arrêter dans ses grandes lignes le programme des fêtes qui auront lieu du 20 au 30 mai prochain. La veille, une grande retraite aux flambeaux parcourra les principaux quartiers de la ville ; le lendemain, les étudiants et les professeurs étrangers seront reçus dans la salle des fêtes du nouveau palais universitaire. Cette réception sera suivie d'une visite aux nouveaux locaux réservés aux Facultés. Le second jour, le Président de la République présidera, dans la salle du théâtre, la grande séance de la célébration du sixième Centenaire. Puis les étudiants se rendront à la promenade du Peyrou, où un drapeau leur sera remis solennellement. Un cortège historique sera organisé. Le sujet choisi est la soutenance des thèses doctorales de Rabelais et de Rondelet à Montpellier en 1537. Il y aura, en outre, des visites aux établissements universitaires, aux hôpitaux, à l'Ecole nationale d'agriculture, aux musées, aux bibliothèques, et des concerts sur les promenades publiques. On inaugurera plusieurs bustes de professeurs aux Instituts de botanique, de pharmacie et de chimie. Les soirées seront occupées par une réception à l'hôtel de l'Académie, par un bal offert par la ville dans la salle du théâtre, par un banquet auquel assistera le président de la République, par une représentation de gala au théâtre.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Médecine de Berlin.* — Un des médecins les plus connus de Berlin, M. le professeur Westphal, vient d'être interné dans une maison de santé. Il est devenu fou à la suite de trop nombreuses piqûres de morphine. Ce qui rend la nouvelle particulièrement étonnante, c'est que M. Westphal occupait à Berlin la chaire des maladies nerveuses et avait pendant longtemps étudié la morphinomanie. (*Temps*).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central de Médecine.* — Le concours du bureau central (*médecine*), commencera le 28 février; il y aura cette année un concours pour trois places. Le registre d'inscription, ouvert, de midi à trois heures, le samedi 1er février, sera clos le lundi 17 février, à trois heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours d'Externat* — Les trois candidats classés les premiers au concours de l'Externat ayant obtenu la même note, une épreuve supplémentaire a été nécessaire pour établir leur classement. La question d'oral posée à cet effet a été : *Carotide externe.* Les 2 questions restées dans l'urne étaient : *Muscles de l'Eminence Thénar;* — *Pectiné et les trois adducteurs.* L'un des candidats n'a pas concouru, et, de ce fait, a été classé troisième.—Dernières questions posées au *Concours de l'externat.* Mardi 21 janvier : *Symptômes et diagnostic de la scarlatine.* — Jeudi 23. *Du lavement.*

Concours d'internat. — Suite des questions posées à l'épreuve orale, 24 janvier : *Rapports de la trachée-artère; signes et diagnostic des corps étrangers des voies urinaires.* — 26 janvier. *Parties intra-crâniennes du nerf facial depuis son origine apparente jusqu'à sa sortie du rocher ; fractures du rocher, signes et diagnostic.* — 26 janvier soir : *Veines du membre inférieur; étiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens.* — 27 janvier : *Diaphragme* (anatomie); *Diagnostic épanchements liquides de la plèvre.*

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE — *Assemblée générale,* le dimanche 2 février, à 3 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. — *Ordre du jour :* 1° Vote pour l'admission définitive des confrères provisoirement admis et proposés à l'unanimité par le Conseil ; 2° Allocution du Président ; 3° Rapport du Secrétaire général ; 4° Rapport du Trésorier. Approbation des comptes ; 5° Election du bureau. (Messieurs les Membres honoraires sont éligibles à toutes les fonctions). — Ainsi qu'il a été décidé à la dernière assemblée générale, le Trésorier sera, de 2 heures 1/2 à 3 heures, à la disposition des associés qui voudront faire des versements anticipés. — ART. 40. Les associés se réunissent en Assemblée générale une fois par an, dans le premier trimestre, sur convocation envoyée par le Président quinze jours au moins avant l'époque fixée, pour entendre le rapport du Président sur la situation de l'Association et statuer sur les actes du Conseil d'administration, sur les comptes et sur les propositions diverses. — ART. 42. *La présence aux Assemblées générales ordinaires et extraordinaires est obligatoire pour tous les associés participants,* à moins d'excuse valable, sous peine d'une amende de 5 francs. Cette présence est constatée par la signature de l'associé sur une feuille de présence déposée dans le lieu de l'Assemblée.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Les *Publications légales* mentionnent plusieurs legs intéressants. Mme Morest, propriétaire à Paris, boulevard Malesherbes, veuve du docteur Huguier, a légué 5,000 francs à l'Association des médecins de la Seine.

A QUOI PENSE UN MILLIONNAIRE? — M. Andrew Carnegie, écossais et millionnaire (c'est une profession comme une autre!) se demande, dans un article à sensation de la *North American Review*, ce qu'il doit faire de ses millions pour ne pas être banal et être vraiment utile à ses compatriotes. Passant en revue les diverses manières qui se présentent à son esprit de dépenser son immense fortune, après avoir mis hors cause la *charité privée*, qu'il a raison de considérer comme un plaisir égoïste et un élément de démoralisation, il inscrit en première ligne la fondation d'une grande école ou *Université*, dotée d'un revenu suffisant pour assurer son existence, ou d'un observatoire comme celui de Lick, pourvu des instruments les plus perfectionnés ou d'une bibliothèque publique et gratuite. Immédiatement après les bibliothèques publiques, dans cette sorte de hiérarchie philanthropique, viennent pour lui les *hôpitaux*, les *laboratoires*, officines et dispensaires. C'est ainsi que M. Vanderbilt a fort sagement fondé à Columbia College, au prix de deux millions et demi de francs, un *cabinet de chimie pour l'étude des maladies contagieuses*. De son côté, M. Osborne a eu l'heureuse idée d'établir à Bellevue College une *école pratique de garde-malades*. M. Carnegie constate même à ce propos qu'un sénateur des Etats-Unis et un médecin illustre ont tous deux pris femme parmi les élèves de cette école. —Si tous les millionnaires français pensaient ainsi, la France serait le plus beau des pays. En tous cas, c'est certainement un exemple à suivre..., quand on le peut (M. B.).

BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — *Liste des médecins admis au concours*. — Troisième arrondissement : MM. Cahn et Jarry. Cinquième arrondissement : M. Planès. Septième arrondissement : MM. Morin et Alix. Dixième arrondissement : MM. Charles, Mathieu, Barbulée et Hénoque. Douzième arrondissement : MM. Gourichon et Cornet. Treizième arrondissement : MM. Carret, Cazeau, Vissaguet, Bourdet, Laurent, Pellegrin et Devoucoux. Quatorzième arrondissement : M. Pichon. Quinzième arrondissement : MM. de Pradel, Puech et Vinot. Seizième arrondissement : MM. Barbe et Duprey. Dix-huitième arrondissement : MM. Leflaive et Burill. Dix-neuvième arrondissement : MM. Laurent, Lejaune, Thominet, Andrerey et Sarthis. Vingtième arrondissement : M. Dufestel.

CONSEILS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Regis vient d'être élu conseiller général du canton de Villeneuve-les-Avignon (Gard).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES DE 1889. Les procès-verbaux officiels des Congrès de 1889 se publient avec beaucoup d'activité. La moitié du nombre total a déjà paru. Ces procès-verbaux sont d'ailleurs assez courts et l'on sait s'ils représentent la seule publication officielle relative aux congrès, l'impression des travaux lus et des mémoires présentés demeurant à la charge des comités ou sociétés ayant pris l'initiative du congrès.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sur la demande d'un assez grand nombre de membres du conseil supérieur de l'Assistance publique, retenus soit par leurs occupations professionnelles auprès des malades atteints par l'épidémie régnante, soit victimes eux-mêmes de cette épidémie, M. le Ministre de l'intérieur a fait signer un décret ajournant au mercredi 26 février la première session annuelle du conseil supérieur qui devait s'ouvrir le 29 janvier.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.—Par décis. minist. du 22 janvier 1890, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir : M. Boutié, méd.-maj. de 2e cl. au 10e rég. de drag., pour le 46e rég. d'inf. M. Pongis, méd.-maj. de 2e cl. au 46e rég. d'inf., pour le 10e rég. de drag.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr HAMY, l'anthropologiste bien connu, est nommé membre de l'*Académie des inscriptions et belles-lettres*.

HÔPITAUX DE PARIS. *Mutations des Médecins* — Par suite de la mort de M. Damaschino, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris : M. Straus passe de la Pitié à Laennec ; M. Moutard-Martin passe de Saint-Antoine à la Pitié ; M. Merklen passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine ; M. Faisans passe de La Rochefoucauld à Sainte-Périne ; M. Talamon passe du Bureau central à Sainte-Perine.

HÔPITAUX DE LYON. — Par suite de la retraite de M. le Dr Laure et de la nomination de M. le Dr Perret comme chargé du cours clinique des maladies des enfants, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu : M. Perret passe de Saint-Pothin à la Charité ; M. Weill passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. Rabot entre comme titulaire à la Charité ; M. Jousserand entre, au même titre, à la Croix-Rousse.

HOPITAL DE LA CHATRE. — Le général de division de Beaufort, décédé, a légué une somme de 140,000 francs à l'hospice de la Chatre.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — Sir Polydore de Keyser, maire de Londres, a, dans une réunion officielle, récemment rappelé que l'hôpital français donnerait son dîner annuel le 15 février, et il a exprimé l'espoir que tous ceux qui ont joui de l'aimable hospitalité de Paris pendant l'Exposition apporteraient leur obole à cette institution de charité.

L'EAU A PARIS. — *Les sources de l'Avre*. — Les bureaux de la Chambre se sont réunis la semaine dernière pour nommer une commission chargée d'examiner le projet de loi tendant à déclarer d'utilité publique les travaux pour l'adduction à Paris des sources de l'Avre. Neuf commissaires sur onze seulement ont pu être élus ; mais, dès maintenant, il y a une majorité favorable au projet de loi. Les membres favorables sont MM. Chautemps, Tony Révillon, Georges Berger, de Lanessan, députés de la Seine, et MM. Bourlier, Prevet et Montaut. Les membres opposés sont MM. Terrier et Paul Deschanel, députés d'Eure-et-Loir, le département auquel on veut emprunter les sources qui devront approvisionner Paris. Puis les 3e et 10e bureaux ont élu leurs deux autres représentants à la commission chargée d'examiner ce projet de loi. Ce sont MM. Armez et Mesureur. La commission est désormais complète. Elle comprend neuf membres favorables au projet et deux opposés seulement. — Cette commission a élu M. Montaut (Seine-et-Marne) président, et M. Ferrier, secrétaire. La commission, considérant que la commission de la Chambre précédente avait fait une étude approfondie de la question qui avait abouti au dépôt du remarquable rapport de M. le Dr Gadaud, a décidé, séance tenante, d'adopter purement et simplement le projet de loi. La décision a été prise à l'unanimité moins une voix. M. Georges Berger a été nommé rapporteur. Il déposera son rapport à bref délai.

L'UNIVERSITÉ DE PARIS EN 1889. — Le Conseil général des Facultés et Ecoles de pharmacie de Paris a tenu, récemment, sa séance mensuelle sous la présidence de M. Gréard. Sur la proposition de son président, il a décidé qu'il serait fait hommage du *cartulaire* de l'Université de Paris aux principales Universités étrangères. Un certain nombre d'exemplaires de ce document sera mis en vente au prix de 30 fr. le volume. — Les pouvoirs du Doyen de la *Faculté de médecine* étant expirés, le Conseil général après la Faculté intéressée a présenté à l'unanimité moins un bulletin blanc, pour les fonctions de doyen, M. Brouardel en première ligne, M. Jaccoud en seconde ligne.—Il a voté ensuite un vœu en faveur du maintien dans la même Faculté de *deux chaires devenues vacantes, celle de pathologie interne et celle de clinique chirurgicale*. — M. le doyen Himly a donné ensuite lecture du rapport annuel sur la bibliothèque universitaire. Le mouvement des livres à la Faculté de médecine dépasse 250,000. M. Darboux donne encore connaissance du rapport d'ensemble adressé au Ministre sur les travaux du Conseil général. Nous ne relèverons qu'un chiffre, celui des étudiants de l'Université de Paris. Il s'élève à 10,375 contre 10,320 l'année dernière. *Il n'y a pas au monde d'Université plus peuplée*. Enfin, le Conseil général a décidé qu'une commission sera nommée pour étudier les voies et moyens d'arriver à la constitution officielle de l'Université de Paris.

SERVICE MÉDICAL DU PALAIS A PARIS.—M. le Dr Floquet a dressé la statistique des cas médicaux et chirurgicaux survenus au Palais de Justice pendant l'année judiciaire 1889. *Cas médicaux* : Affections cardiaques (endocardite, hypertrophie du cœur, asystolie, palpitations nerveuses, angine de poitrine), 12 ; Syncopes, vertiges, 37 ; Hémorrhagies diverses, 8 ; Affections des voies respiratoires (laryngite aiguë et chronique, spasme de la glotte, asthme, bronchite aiguë et chronique, grippe, emphysème pulmonaire, etc.), 32 ; Affections des voies digestives (embarras gastrique, gastralgies, crampes d'estomac, affections intestinales), 19 ; Affections de l'appareil d'innervation (congestion cérébrale, insolations), 5 ; Epilepsie, 11 ; Hystérie, 33 ; Sommeil léthargique, 1 ; Névralgies diverses ; 14 ; Alcoolisme, 4 ; Affections mentales, 5 ; total, 182. — *Cas chirurgicaux* : Contusions, 29 ; Entorse, 4 ; Luxation de l'épaule, 1 ; Luxation du pouce, 1 ; Plaies et accidents divers, 9 ; total, 44. — Au total, 182 cas médicaux et 44 cas chirurgicaux.

LE CHOLÉRA EN PERSE. — Le gouvernement russe a envoyé en Perse le Dr Barbaiew pour étudier sur place le caractère de l'épidémie cholérique et l'état sanitaire des contrées transcaucasiennes menacées par le choléra. Il étudie actuellement diverses mesures à prendre contre la propagation du fléau en Russie pendant la dangereuse période du printemps. L'opinion publique, à Saint-Pétersbourg, n'est cependant pas encore bien rassurée, et en présence des immenses et rapides progrès faits récemment par l'épidémie d'influenza, elle juge la coopération commune de tous les pays européens comme le seul moyen réellement efficace pour conjurer une invasion du choléra, qui sévit non seulement en Perse, mais encore dans la Turquie d'Asie. Les journaux russes conseillent, en conséquence, la formation de commissions médicales internationales, que les différents pays enverraient dans

les contrées contaminées pour y étudier les sources et la marche de la contagion ainsi que le moyen de détruire l'épidémie dans son germe. Ils ont grandement raison.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le Dr RICARD, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission avec subvention pour étudier les progrès de la chirurgie en Autriche.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr ROBINET, ancien conseiller municipal de Paris, est nommé à l'emploi nouvellement créé d'attaché au service de la Bibliothèque et des collections historiques de la ville de Paris.

SOCIÉTÉ D'ARCHÉOLOGIE DE MOSCOU. — La *Société d'archéologie de Moscou*, fondée par le comte Ouvaroff, a célébré le 25 janvier dernier son 25e anniversaire. Elle a organisé à cette occasion une exposition intéressante. Les représentants français, dont M. Emile Cartailhac, ont été l'objet d'attentions toutes spéciales. Le comte Debaye, un des représentants français, a prononcé hier une allocution dans laquelle il a constaté les progrès de l'archéologie russe et l'importance de cette science universellement appréciée. Une représentation de gala a eu lieu au Grand-Théâtre, en l'honneur des Archéologues.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — La dernière séance de la Société de psychologie physiologique a eu lieu le lundi 27 janvier, à 8 h. 1/2 du soir, à l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. — *Ordre du jour* : Elections.

UNIVERSITÉ DE NAPLES. — *Troubles à propos de l'influenza.* — Mardi dernier, les étudiants de première année de l'Université de Naples se sont réunis en grand nombre et ont réclamé tumultueusement la clôture des cours, sous prétexte d'influenza. L'apparition de quelques gardes de la sûreté publique, loin de calmer les étudiants, n'a fait qu'augmenter leur animation, bien qu'aucune arrestation n'ait été opérée. Ils ont tenté de provoquer à Rome un mouvement solidaire en envoyant à leurs camarades une adresse à laquelle aucune réponse n'a été faite encore. Le mercredi suivant, les troubles ont recommencé de plus belle devant l'Université. Cette fois, la force publique a dû employer les armes, après les sommations légales, pour disperser une foule de plus de trois cents étudiants. Il n'y a pas eu de blessés, mais seulement quatre arrestations. L'Université est occupée militairement. Le député Bovio, qui est aussi professeur, continue à prêcher le calme.

NÉCROLOGIE. — M. WEHENKEL, directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat à Cureghem, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles, vice-président de l'Académie de médecine de Belgique, vient de mourir. M. Wehenkel laissera d'unanimes regrets. C'était un travailleur et un homme de science, dont les mérites sont suffisamment connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, retraçant la carrière si bien remplie de notre regretté professeur (*Presse méd. belge*). — M. F. HANCK, l'éminent algologue, est mort à Trieste, à l'âge de quarante-quatre ans. — M. le Dr E. DESTREZ, médecin et maire de Fraillicourt (Ardennes). Né à Doumely, en 1835, Elie Destrez, après avoir été interne à l'Hôtel-Dieu, avait été reçu officier de santé à Reims, en 1860. Il appartenait à cette phalange de praticiens modestes qui, après avoir puisé dans nos hôpitaux une solide instruction professionnelle, se livrent à l'exercice de la médecine de campagne. Destrez avait été interne de Landouzy ; il a rédigé et publié une leçon sur la *Pellagre sporadique* (*Union médicale*, 1860, t. VIII, p. 234 et 243), l'un des premiers travaux du maître sur cette question, qu'il avait prise si à cœur (*Un. méd. du Nord-Est*). — M. le Dr Jules NIVERD (de Neufchâtel), vient de mourir à l'âge de 41 ans. Né à Boulogne, en 1848, élève de l'Ecole de Reims, externe des hôpitaux de Paris, il fut reçu docteur en 1874 (*Emploi de l'Ophtalmoscope dans les méningites et l'hémorrhagie cérébrale*). — M. le Dr BERTAULT (de Chalon sur-Saône). — M. le Dr DELARBRE (du Chambon). — M. le Dr GAUTIER (de Mamers). — M. HERBET (Ernest-Henri), 62 ans, docteur en médecine, directeur honoraire de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Amiens, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens, vice-président du conseil départemental d'hygiène, membre honoraire de l'Académie d'Amiens, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique. — M. le Dr LORRAINE (d'Orléans). — M. le Dr MARNATA, ancien médecin de la marine. — M. le Dr ARNOLD, professeur émérite d'anatomie à la Faculté de médecine d'Heidelberg. — On annonce la mort du Dr MARCEL, l'auteur d'un livre estimé sur le Maroc, ouvrage dont il avait recueilli les documents au cours d'un voyage périlleux.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Maladies des Enfants.* — M. le Dr LEGROUX, agrégé de la Faculté, commencera ses conférences cliniques le mercredi 5 février à 3 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau (salles Bouvier et Archambault), et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Les élèves seront, dans le cours des conférences, chargés d'examiner les malades, pour s'habituer aux difficultés de la clinique infantile.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 6. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 FÉVRIER 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas de paralysie alterne de l'oculo-moteur commun, avec aphasie, d'origine traumatique ;

par les Drs A. MANQUAT et Ed. GRASSET.

Les paralysies du moteur oculaire commun, d'origine traumatique, ne sont pas absolument rares, si on les envisage en général, sans spécifier sur quelle portion du nerf la lésion a porté. Celles qui résultent d'une fracture de l'orbite sont les plus fréquentes ; cependant Panas (1) a montré que dans les fractures de la base du crâne, c'est la 6e paire qui est le plus souvent atteinte. Quant aux paralysies de l'oculo-moteur commun consécutives à une lésion pédonculaire d'origine traumatique, elles sont si rares que Blanc (2) n'a pu en relever qu'un cas (OBS. IX) de Hulke (3).

M. le professeur Grasset a publié un cas de paralysie alterne d'origine traumatique (4); il s'agissait d'une lésion probable de l'oculo-moteur commun sur un point indéterminé de son trajet, produite par une balle de revolver. Le fait que nous présentons offre les plus grandes analogies symptomatiques avec le précédent; mais il en diffère complètement au point de vue étiologique : Dans l'un, le traumatisme était direct ; dans l'autre, il est indirect.

C'est qu'en effet les lésions traumatiques indirectes du pédoncule et de la protubérance sont elles-mêmes assez rares. Les ouvrages classiques en contiennent peu d'exemples. A propos de la contusion cérébrale, on lit dans Jamain et Terrier (5) : « Le bulbe et la protubérance sont rarement atteints (Fano, Prescott-Hewet); toutefois, on a constaté l'existence de contusions du bulbe (Waters), de la protubérance (Boinet, Beck, etc.) » Petrina (6) cite un cas de tentative de strangulation suivie d'une paralysie croisée de la face et des membres qu'on attribua à une hémorrhagie de la protubérance. Enfin Schnell (7) a publié un cas de paralysie traumatique de la 3e paire, accompagnée de parésie du facial inférieur, d'un trouble léger de l'audition et d'une amnésie rétrograde, qu'on attribua à une hémorrhagie intéressant les nerfs des 3e, 7e et 8e paires.

Dans le cas que nous présentons, une paralysie alterne du moteur oculaire commun droit et des membres du côté opposé (face indemne), avec aphasie, nous conduit à admettre une lésion pédonculaire par traumatisme indirect.

(1) Panas. — *Arch. d'Opht.*, 1880.
(2) Blanc. — *Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies.* Th. Paris. 1886.
(3) Hulke. — *Opht. Hosp. Rep.*, vol. X., part. II, juin 1881.
(4) J. Grasset. — *Un cas de paralysie alterne d'origine traumatique.* Montpellier, 1887.
(5) Jamain et Terrier. — T. II, p. 174, Path. Externe.
(6) Petrina. — *Schmidts Jahrbüch*, Bd 189, n° 1 (cité par Vibert, Méd. lég. p. 152).
(7) Schnell. — *Anmésie traumatique et paralysie traumatique de l'oculo-moteur* ; in *Marseille méd.*, juin 1889.

OBSERVATION. — B....., 33 ans, agriculteur, constitution moyenne.

Antécédents héréditaires. Sa mère, atteinte d'une affection cardiaque, est morte à 55 ans, d'une hémiplégie par embolie. Son grand-père et sa grand'mère maternels sont morts d'apoplexie, l'un à 80 ans, l'autre à 66 ans. Son père jouit d'une bonne santé. Ses grands-parents paternels ont succombé à des affections pulmonaires indéterminées. B... a une sœur bien portante et deux enfants vigoureux.

Antécédents personnels. — A 20 ans, abcès froid de la paroi thoracique ; nous constatons une cicatrice adhérente sur la ligne axillaire, au niveau de la 8e côte gauche. Aucune autre maladie ; aucune trace de syphilis, de tuberculose, d'alcoolisme, de nicotinisme, etc. Notons, en passant, le fait a son importance, que le malade a toujours été gaucher.

Le 4 mai 1888, B... conduisait une voiture à laquelle était attelé un cheval difficile ; arrivé à un tournant un peu brusque, il ne put maîtriser complètement l'animal et la voiture versa. B. . fut précipité tête première sur la chaussée. Les personnes qui se trouvaient avec lui, légèrement atteintes, le relevèrent aussitôt. Il était sans connaissance ; il ne perdait de sang ni par le nez, ni par la bouche, ni par les oreilles. Quand il revint à lui, quatre heures après l'accident, il présentait les symptômes suivants : Ptosis à droite avec immobilité de l'œil droit en strabisme divergent, hémiplégie gauche (face indemne), perte complète de la mémoire, aphasie, obtusion de l'intelligence, inconscience de la miction et de la défécation. La situation ne tarda pas à se modifier. Quinze jours après l'accident, le malade répondait assez clairement aux questions, cherchant ses mots, se trompant souvent, ébauchant quelques phrases. Le 25 mai, la défécation est redevenue normale. Au commencement de juin, les membres paralysés recouvrent peu à peu leurs mouvements. En août, la miction devient normale ; puis l'amnésie s'amende. B... se rappelle quelques-uns des événements importants de sa vie ; il peut dicter quelques lettres et commence à lire. Le ptosis qui était complet disparaît complètement en quelques jours (fin août). Le malade peut tracer quelques mots isolés, tels que son nom, et arrive rapidement (septembre) à écrire à peu près comme avant l'accident. Quant à la conscience et à la mémoire, elles étaient troublées par des accès d'une colère inexplicable dont il perdait presque aussitôt le souvenir. Sous l'empire d'un de ces accès, il écrivit, en décembre, à un de ses chefs, une lettre violente dont il oublia presque aussitôt le fond et la forme et qui lui causa de très sérieux désagréments.

C'est dans ces conditions qu'il se présente à notre observation, en février 1889. Ce qui frappe le plus en voyant le malade, c'est l'étrangeté de son regard. La fente palpébrale est sensiblement égale des deux côtés ; à droite, il n'y a plus trace du ptosis qui a duré près de quatre mois ; de ce côté, la pupille est plus dilatée que du côté gauche ; elle reste immobile à l'approche d'une lumière ou quand le malade regarde au loin. L'œil droit est dévié en dehors ; ce strabisme divergent cesse quand on fait regarder le malade à droite ; il augmente quand le regard se porte à gauche. Tandis que l'œil gauche peut exécuter tous les mouvements, l'œil droit esquisse à peine, que l'autre œil soit ouvert ou non, les mouvements en haut et en dehors, ou en haut, ou en bas ; il lui est impossible de se porter en dedans. Les seuls mouvements bien conservés sont ceux en dehors, et en bas et en dehors.

Acuité visuelle. — L'œil gauche lit le n° 10 du tableau décimal à 4 mètres ; l'œil droit ne peut lire ce même numéro qu'à 2m50. Notons que le malade accuse une certaine diminution dans l'acuité visuelle de l'œil sain (gauche) depuis l'accident. Quant à l'œil droit, B... ne s'en sert plus ; il a pris l'habitude de ne plus voir qu'avec l'œil gauche. Avec l'œil droit seul, il peut lire l'écriture ordinaire à 0m40 ; à 0m35 il ne le peut

plus; il y a donc paralysie de l'accommodation. Habitué à ne plus voir qu'avec l'œil gauche, B... n'accuse pas de diplopie. Il lui faut un très grand effort d'attention pour voir avec les deux yeux ; dans ce cas, il aperçoit une deuxième image à la gauche de l'image habituelle. Il nous est impossible d'obtenir d'autre renseignement, B... ne tardant pas, malgré sa bonne volonté, à ne voir que de l'œil gauche. L'épreuve par les verres colorés n'a pas donné de résultat plus précis.

Champ visuel. — Rétrécissement concentrique très prononcé de l'œil droit; léger rétrécissement du champ de l'œil gauche (*Fig.* 44). L'examen ophtalmoscopique ne révèle de lésions d'aucun côté.

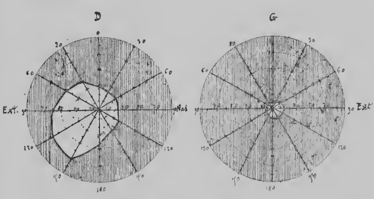


Fig. 44. — Champ visuel (8 c. 1/2).

L'olfaction, le goût et l'ouïe ne laissent rien à désirer. La sensibilité spéciale et la sensibilité générale des muqueuses correspondantes sont bien conservées.

Sensibilité cutanée. — Hémianalgésie gauche pour le tronc et les membres; la tête est épargnée (*Fig.* 45). Les sensations tactiles sont partout conservées.

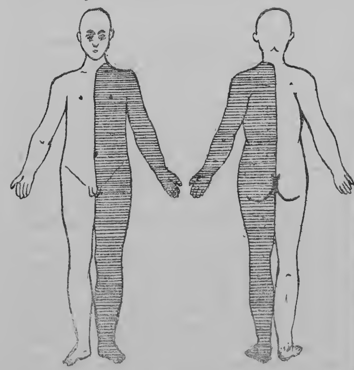


Fig. 45. — Hémiana'gésie gauche.

Comme sensation subjective, B... accuse une grande pesanteur de la tête ; il lui semble que « sa tête est entourée d'une croûte de pâte » ; cette sensation pénible disparaît dès qu'il prend la position horizontale. Jamais de vertiges ; pas de rêves qui troublent le sommeil.

L'*intelligence*, malgré une amélioration sensible depuis 2 ou 3 mois, n'est pas ce qu'elle était avant l'accident. La mémoire laisse beaucoup à désirer; B... ne retient guère que les faits qui ont pour lui une réelle importance. Maintenant il lit, parle et écrit sans grande difficulté ; il lui arrive rarement de chercher un mot ou de se tromper ; cependant, s'il veut additionner quelques chiffres, il est obligé de faire des additions partielles composées seulement de deux chiffres ; il en écrit les résultats et les réunit ensuite deux par deux. D'un caractère très doux avant l'accident, B... est devenu très irascible ; les accès de colère étaient surtout fréquents quand il avait de la difficulté à trouver ses mots ; depuis le retour de la parole il a encore quelques accès pour des motifs futiles et en perd presque aussitôt le souvenir exact. Ces accès vont en diminuant d'intensité et de fréquence.

Motilité. — Léger affaiblissement des membres gauches. La mensuration indique une différence d'un demi-centimètre en faveur du côté droit, pour l'avant-bras, le bras et la cuisse. Pour la jambe (circonférence maxima du mollet) la différence est d'un demi-centimètre en faveur du mollet gauche qui offre un peu plus de consistance que le mollet opposé. Ce résultat, qui paraît paradoxal, est incontestable, ayant été observé plusieurs fois. Au lit, tous les mouvements des membres sont possibles et aussi bien exécutés à gauche qu'à droite, les yeux étant ou non fermés. On peut noter une légère trémulation des mains et des pieds, comme dans l'alcoolisme. Le sens de position est bien conservé; aucune hésitation, aucune erreur dans la recherche des membres. Debout, le malade ne présente rien de particulier, tant qu'il reste au repos. Mais s'il veut marcher, il est obligé de regarder où il va mettre le pied. Il fait de petits pas, pose le pied à plat toujours en fixant le sol et progresse ainsi lentement en traînant un peu la jambe gauche. Dans un escalier, cette hésitation est encore plus marquée, à la montée, et surtout à la descente. Le malade ne peut ni sauter, ni courir. Les yeux étant fermés, la station sur les deux pieds est bonne, sur un seul pied légèrement vacillante mais possible; dans ces conditions, la marche est très difficile; B.., ne lance jamais le pied au hasard, jamais il ne dépasse le but. Loin de là, il soulève lentement et légèrement le pied et le pose à quelques centimètres à peine en avant de sa position première. Interrogé sur la cause qui l'empêche de faire de plus grands pas, B... prétend éprouver dans les muscles des deux jambes, surtout aux mollets, de petits tiraillements non douloureux qui retiennent le membre et l'empêchent d'effectuer le mouvement désiré. Les yeux fermés, il lui est moins difficile de monter ou de descendre dans un escalier que de progresser dans une salle. Ajoutons qu'il n'éprouve aucune sensation anormale à la plante des pieds.

Le choc des muscles donne une réaction exagérée à la plupart des muscles des membres inferieurs. Réflexe rotulien exagéré des deux côtés ; il en est de même des réflexes des tendons du poignet. Réflexe abdominal exagéré des deux côtés; une excitation unilatérale le provoque des deux côtés à la fois. Reflexe crémastérien très faible des deux côtés. Réflexe plantaire normal des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde soit des pieds, soit des rotules.

Examen électrique. — Les réactions électriques sont partout normales ; nous devons cependant signaler une légère diminution dans l'excitabilité des muscles du membre inférieur gauche.

Disons enfin que le cœur n'offre rien de particulier, non plus que les artères. Rien aux poumons. L'appareil digestif fonctionne à peu près bien ; l'appétit est diminué au point que B... ne fait par jour qu'un seul repas peu copieux. Les selles et les mictions sont régulières.

Les fonctions génitales sont conservées, mais les érections sont moins fréquentes qu'autrefois. Aucun trouble trophique cutané.

Au mois de juin 1889, c'est-à-dire treize mois après l'accident, voici ce que nous écrit le malade : « La marche est très pénible, surtout à la descente. La vue est loin de s'améliorer ; j'ai de la peine à reconnaître les personnes que je rencontre a quelque distance. Il faut toujours que j'annule l'un ou l'autre œil pour regarder, et c'est toujours le droit qui est sacrifié. »

Réflexions. — L'ensemble symptomatique présenté par le malade, depuis l'accident dont il a été victime, peut se réduire à deux groupes de faits : les uns, résul-

tats immédiats du traumatisme, ont disparu ou sont en voie d'amélioration (aphasie, hémiplégie et hémianesthésie du tronc et des membres du côté gauche, troubles de l'intelligence et de la mémoire, paralysie totale du moteur oculaire commun droit); les autres, secondaires, paraissent en voie d'évolution (troubles de la marche). Ces derniers constituent avec la paralysie persistante de l'oculo-moteur droit les faits dominants de l'état morbide actuel du malade.

Comment expliquer cet ensemble de symptômes ? L'étude de l'hystéro-traumatisme, qui a pris récemment tant d'importance, nous oblige à poser tout d'abord la question de savoir si la paralysie de la troisième paire est de nature hystérique ou si elle est due à une lésion matérielle. Quels signes invoquer en faveur de l'hystérie ? L'hémiparésie et l'hémianalgésie ? Elles n'offrent précisément rien de très caractéristique à cet égard, cependant l'exagération des réflexes et le fait qu'il s'agit d'une simple hémianalgésie et non d'une hémianesthésie ne plaident pas en faveur de la névrose. Le rétrécissement du champ visuel ? Il est inégal et le côté le plus atteint est le côté droit, c'est-à-dire celui qui est opposé à l'analgésie et qui coïncide en même temps avec la paralysie de l'oculo-moteur; il est donc justiciable d'une interprétation spéciale. Celui du côté gauche, beaucoup moins prononcé, s'accompagne d'une diminution de l'acuité visuelle également moindre et peut tenir à la même cause. On peut d'ailleurs relever contre l'hypothèse de l'hystérie tout un groupe de faits négatifs : absence d'attaques spontanées ou provoquées, absence de zônes hystérogènes, intégrité de l'appréciation des couleurs (notamment du violet, du vert, etc.). N'oublions pas enfin combien sont rares les paralysies oculaires hystériques (1). Les trois cas rapportés par Borel se rapportaient au moteur oculaire externe.

Nous admettons donc l'existence d'une lésion matérielle ; reste à en déterminer le siège. La totalité de la paralysie de la 3e paire, le caractère alterne de cette paralysie et d'autres raisons que nous allons successivement invoquer appellent de suite notre attention sur une région voisine de la protubérance ou du pédoncule. Sans vouloir faire l'anatomie de cette région, rappelons que les fibres de la 3e paire, issues d'un noyau situé un peu au-dessous de l'acqueduc de Sylvius, traversent les pédoncules cérébraux et viennent émerger dans l'espace interpédonculaire où se constitue le tronc nerveux. « Qu'une lésion de l'étage inférieur du pédoncule gauche, par exemple, vienne à interrompre les filets radiculaires de l'oculo-moteur, elle intéressera également les fibres du faisceau moteur qui ne s'entre-croisent que beaucoup plus bas dans le bulbe. On aura donc, en pareil cas, une paralysie de la 3e paire gauche avec hémiplégie à droite. C'est là une nécessité physiologique que viennent confirmer de nombreuses observations.... Lorsque la lésion pédonculaire est bien limitée, tout peut se borner aux troubles de la motilité ; mais lorsque l'altération s'étend, le faisceau sensitif peut être atteint et l'on voit survenir l'hémianesthésie. On a aussi noté, dans les mêmes circonstances, des troubles vaso-moteurs. On a vu également les foyers pédonculaires s'étendre en arrière jusqu'à la protubérance, de façon à comprendre des filets déjà entre-croisés du facial et déterminer ainsi une hémiplégie alterne singulière avec paralysie faciale et oculo-motrice du même côté (1). » Chez notre malade il s'agirait donc bien d'une lésion siégeant au pédoncule ; l'intégrité du facial prouverait que la lésion n'est pas aussi étendue que dans ces derniers cas. D'ailleurs les observations rapportées par Blanc prouvent que « dans l'hémiplégie alterne portant sur la 3e paire, la paralysie de ce nerf n'est totale que lorsque la lésion pédonculaire interrompt les radicules de l'oculo-moteur en un point très rapproché de leur émergence (2) .» Il en serait ainsi dans notre cas, puisque la paralysie a été totale et a compris le sphincter pupillaire et le muscle de l'accommodation. Nous ajouterons que la paralysie du droit interne étant totale, la lésion doit siéger, en partie du moins, en un point où le moteur oculaire commun a déjà reçu les filets que lui envoie le moteur oculaire externe du côté opposé et destinés aux mouvements associés des yeux, c'est-à-dire au-dessous du noyau.

(1) Borel. — *Soc. Fr. d'Ophtalmologie*; in *Sem. méd.*, 1887, p. 212. — Voir aussi les *Statistiques de Briquet, Charcot, Pitres*, etc., et *de Wecker et Landolt*; Tr. d'Opht., t. III, p. 841.

D'autre part, Benedikt (3) a décrit comme signe d'une lésion du pédoncule cérébral au niveau du noyau de l'oculo-moteur, « une hémiparésie avec paralysie croisée du moteur oculaire commun et avec un tremblement des extrémités paralysées. » Nous avons à peu près ce tableau, mais le tremblement est peu prononcé et existe des deux côtés ; c'est une nouvelle raison pour croire que la lésion siège, non au niveau du noyau, mais un peu au-dessous.

En résumé, chez notre malade, la *lésion paraît devoir siéger sur le pédoncule droit, en intéressant les radicules du moteur oculaire commun de ce côté en un point très rapproché de leur émergence*. Ainsi limitée, elle explique la paralysie totale du moteur oculaire commun droit, l'hémianalgésie et l'hémiplégie gauche. L'aphasie elle-même ne demande pas une interprétation différente, si l'on se rappelle que, pour Charcot et Ferré, les lésions qui atteignent le segment antérieur de la capsule interne et le faisceau interne du pied du pédoncule doivent provoquer l'aphasie, car les fibres qui les constituent dégénèrent quand la 3e circonvolution est intéressée. La seule difficulté consisterait en ce qu'il s'agit du côté droit. Mais il faut remarquer que le malade est gaucher; il est donc permis de supposer qu'il parle avec sa 3e frontale droite et que la lésion a atteint le faisceau correspondant dans le pédoncule droit. Cette interprétation de l'aphasie, malgré son apparente subtilité, nous paraît satisfaisante et en tous cas préférable à l'hypothèse d'une deuxième lésion au niveau du pied de la 3e circonvolution frontale gauche.

Etant donné l'existence d'une lésion matérielle, peut-on déterminer quelle en est la nature, contusion ou hémorrhagie ? (4) Nous ne pourrions nous livrer à cet égard qu'à des hypothèses dont la discussion serait absolument sans utilité pratique. Le seul point intéressant serait de savoir s'il y a eu ou non fracture du crâne ; l'absence de tout symptôme caractéristique d'une telle fracture doit faire éloigner cette hypothèse. Nous

(1) Blanc. — *Loc. cit.*, p. 109.
(2) Blanc. — *Loc. cit.*, p. 112. — Les raisons de ce fait sont exposées en détail dans la thèse de Blanc.
(3) Benedikt. — *Bul. méd.*, 1889, p. 547.
(4) Dans un cas de Nancrède (*Encycl. int. de Chirurgie*, t. V, p. 105), le moteur oculaire commun était comprimé par un caillot provenant d'une rupture de l'artère méningée moyenne. Nancrède cite également un cas analogue de Brodie (*Med. chir. Transactions*, vol. XIV, p. 351) qui se termina par la guérison. L'existence d'épanchements sanguins multiples et parfois des déchirures de la substance blanche (Jamain et Terrier) sont généralement admises dans ces circonstances.

devons aussi préciser ce fait qu'il ne s'agit pas d'une embolie qui aurait privé le malade de connaissance avant le traumatisme.

Nous avons jusqu'ici cherché à expliquer les symptômes qui se sont manifestés aussitôt après l'accident. Mais, avons-nous dit, le tableau morbide s'est notablement modifié : la plupart des accidents initiaux se sont amendés. Par contre des troubles secondaires consignés dans l'observation sont survenus qui demandent une interprétation spéciale. Faut-il les attribuer à une dégénérescence des faisceaux pyramidaux, conséquence de la lésion pédonculaire? Cela est à craindre. Nous avons, en effet, noté l'exagération des réflexes tendineux et une certaine tendance à la contracture des muscles des deux mollets, surtout du gauche ; cette tendance expliquant la consistance plus grande que nous avons signalée dans celui-ci. La démarche toute spéciale du malade qui consiste en un certain degré d'abasie fait aussi redouter cette éventualité. Nous rejetons absolument l'hypothèse d'une ataxie locomotrice ; le début, les troubles musculaires, etc., sont caractéristiques à ce point de vue.

Ces mêmes symptômes qui semblent annoncer une lésion secondaire nous obligent à réserver le pronostic. Nous ne dirons rien du traitement qui ne peut pas être bien actif. L'iodure de potassium n'a pas produit d'amélioration notable.

Outre l'intérêt clinique de ce cas, nous signalerons enfin une particularité importante au point de vue médico-légal. Nous avons vu que le malade avait pu, dans un moment d'irritabilité morbide, écrire à un de ses chefs une lettre qui entraîna pour lui des désagréments considérables.

L'honorabilité de notre malade ne pouvant être contestée, non plus que ses intentions, nous nous croyons en droit d'affirmer que ses accès de colère dépendaient de sa lésion, et que sa responsabilité devait être dégagée.

Centenaire du microscope. — Le troisième centenaire de l'invention du microscope composé sera célébré cette année à Anvers, où l'on se propose de faire une exposition historique de microscopes, et où différents conférenciers se chargeront de rappeler ou d'apprendre au public l'histoire et les bienfaits du microscope.

Conférences ambulantes sur des sujets scientifiques. — L'Institut anthropologique de Londres, ayant remarqué l'intérêt croissant du public pour les questions anthropologiques, vient de s'arranger pour pouvoir faire faire dans les villes, aux environs de Londres, des séries de conférences destinées à exposer l'état actuel des différentes sciences qui ont l'homme pour sujet d'études. Ne pouvant faire venir à elle le public éloigné la science va à lui. (*Rev. scient.*)

Mariage chez les fous. — Le prince S..., dont les curieuses aventures ont défrayé les conservations l'année dernière, va intenter une action en nullité de mariage contre sa femme, une ancienne actrice, basée sur ce fait qu'il était fou au moment où il l'a épousée. On se souvient que le prince s'échappa d'un Asile d'aliénés, à Dœbling, se sauva en Allemagne et fut reconnu sain d'esprit par plusieurs médecins de Bonn. Il avait été enfermé dans la maison de santé de Dœbling à la requête de sa femme.

Missions scientifiques. — M. Albert Tissandier est chargé d'une mission archéologique dans l'Inde, la Chine et le Japon. — M. Clermont-Ganneau, membre de l'Institut, est chargé d'une mission archéologique dans l'Afrique du Nord et principalement en Tunisie.

Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert, le lundi 3 mars prochain, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de la Maison Nationale de Charenton. On trouvera, chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison Nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Pratique de l'Antisepsie par les Sages-femmes.

Sur la demande du Ministre de l'Intérieur, l'Académie de médecine vient d'être appelée à se prononcer sur cette importante question : Convient-il d'autoriser les sages-femmes à prescrire les substances antiseptiques ?

Bien que la discussion sur ce sujet soit encore pendante à l'Académie et que la réponse définitive ne soit pas connue, nous savons que la Commission nommée pour élucider la question, composée de MM. Bourgoin, Brouardel, Guéniot, Nocard et Budin, rapporteur, s'est prononcée pour l'affirmative. Il s'agit là d'une mesure qui doit avoir pour but, non pas, comme bien on pense, d'accroître les attributions professionnelles des sages-femmes en leur donnant licence de faire exécuter par les pharmaciens telles ou telles prescriptions de substances antiseptiques à leur choix, mais bien de leur imposer l'obligation morale d'assister les femmes en couches avec les soins nécessaires pour les mettre à l'abri de l'infection.

Le temps a marché depuis la célèbre discussion dans laquelle l'Académie s'efforça de mettre en lumière la nature des épidémies qui décimaient naguère les femmes en couches. En 1858, il n'était guère question de la microbiologie, et cependant l'Académie s'avança dans la voie de la vérité autant qu'il était alors possible. Il suffit de se reporter à la thèse de Tarnier, dont les idées furent présentées et défendues par P. Dubois lors de la discussion académique, pour y trouver exposés les principes de la contagiosité et même de la septicité, puisque cet auteur indiquait déjà l'existence de germes inconnus comme cause réelle de la fièvre puerpérale.

L'expérimentation et les recherches de laboratoire poursuivies par Pasteur, Doléris, Chauveau, Fraenkel, Arloing, Fritsch, Czerniewski, Doyen, Widal, etc., nous ont mis à même de connaître la nature et le mode d'action des agents septiques de l'infection puerpérale. Toutefois, et fort heureusement, avant de savoir que c'est aux Streptocoques qu'est due la forme pyohémique, et aux bacilles de la putréfaction la forme putride de l'infection puerpérale, on avait trouvé le moyen de prévenir l'envahissement de l'économie par ces poisons organiques, et de maîtriser leur pullulation. En même temps que la chirurgie, l'art des accouchements a bénéficié de l'antisepsie, et le mode d'application de cette dernière a été en se perfectionnant jusqu'à l'heure actuelle. Cependant, c'est surtout à partir de 1881, depuis l'emploi du bichlorure de mercure, préconisé par Tarnier, qu'elle a montré avec le plus d'évidence ses bons résultats que nous avons déjà exposés dans ce journal.

Aujourd'hui, certainement, il est peu de médecins instruits et consciencieux qui se refusent à admettre l'opportunité de l'antisepsie obstétricale. Chacun d'eux sait qu'il est chaque jour exposé, par les exigences de la pratique, à devenir colporteur de germes infectieux. Tout médecin doit donc avoir à cœur de s'efforcer de prévenir les effets désastreux de ce rôle presque inévitable dans la pratique courante. Ne tombe-t-il pas sous le sens que les femmes en couches, qui ne veulent ou ne

peuvent recourir à d'autre assistance que celle d'une sage-femme, ne doivent pas être exposées à courir des risques auxquels échappent les clientes des médecins, grâce à l'antisepsie? Dans certains milieux, on a encore, à l'heure actuelle, tendance à croire qu'il ne s'agit là que de risques imaginaires et que la fièvre puerpérale est une maladie qui s'alimente principalement aux dépens des agglomérations nosocomiales. Si les statistiques des services d'accouchements, malgré leur faible mortalité générale qui dépasse à peine 1 °/₀, indiquent encore des cas de mort par infection puerpérale, il faut bien savoir que la presque totalité de ces infections prennent naissance hors de l'hôpital, auquel sont envoyées pour mourir les femmes incurablement infectées. Ce n'est malheureusement pas chose des plus rares que de voir survenir des épidémies puerpérales cantonnées à la clientèle de telle ou telle sage-femme. M. Budin, dans son rapport, en mentionne quelques exemples saisissants.

Ce n'est pas seulement les faits les plus graves, ceux qui se terminent par la mort, qui doivent fixer l'attention. Non seulement la mortalité, mais aussi la morbidité puerpérale a très considérablement diminué du fait de l'antisepsie. Actuellement toute femme enceinte, indemne de tout état pathologique indépendant de la grossesse et de la parturition, doit traverser la phase des suites de couches sans élévation de température, si elle est soignée comme il convient.

L'expression surannée de fièvre de lait, autrefois si commode pour masquer l'infection puerpérale, a désormais fait son temps.

Avant nous, à l'étranger, on s'est préoccupé de propager aux sages-femmes la pratique de l'antisepsie pour les femmes en couches. L'Allemagne, la Belgique, l'Angleterre, l'Italie ont adopté des mesures et sont actuellement encore à la recherche des moyens les plus efficaces pour faire disparaître la fièvre puerpérale. Le rapport de M. Budin passe en revue les différentes mesures qui ont été proposées ou décrétées dans ce but par les gouvernements.

En Allemagne, en Saxe et en Prusse, la pratique de l'antisepsie se trouve, non pas accordée, mais bien imposée aux sages-femmes avec la plus grande rigueur.

« En Saxe, dit M. Budin, les sages-femmes sont soumises à des règlements sévères et elles sont placées sous la direction d'un médecin régional dont elles dépendent. Une ordonnance a été publiée à Dresde, le 25 mars 1885, par le ministre de l'intérieur : elle indique les peines que les sages-femmes encourent, si elles ne suivent pas les instructions formelles qui leur sont données ». Voici les principaux points de cette réglementation :

§ III. — La sage-femme, autant que possible, ne doit se présenter chez les malades qu'avec des habits entièrement propres, à manches courtes, et avec un tablier blanc.

§ IV. — Après s'être lavé les mains, les ongles et les avant-bras, la sage-femme doit nettoyer les organes génitaux externes de la parturiente avec du savon et la solution phéniquée à 2 0/0.

§ VII. — La sage-femme reçoit du médecin régional deux ordonnances à son nom, l'une pour 50 grammes de vaseline phéniquée, l'autre pour 150 grammes d'acide phénique liquide. Avec cet acide phénique, la sage-femme prépare des solutions à 2 0/0 ou 5 0/0, en versant deux ou cinq cuillerées à thé d'acide phénique dans un demi-litre d'eau pure et chaude. La bouteille porte la mention suivante: Acide phénique — très caustique — Attention.

§ VIII. — Avant de toucher une femme enceinte, en travail ou accouchée, la sage-femme doit se nettoyer les mains, les avant-bras et les ongles avec la brosse, le savon et la solution phéniquée à 5 0/0, jusqu'à ce que les parties sus-nommées soient absolument propres.

§ XI. — Les cathéters, les canules, ainsi que les linges nécessaires à la toilette de la femme, seront toujours plongés dans la solution à 2 0/0.

§ XVII. — Une accouchée est-elle atteinte de fièvre, la sage-femme ne doit plus lui donner de soins. Pendant cinq jours au moins, elle ne fera pas d'accouchements.

Sur la première page de l'instruction, il est dit que les sages-femmes qui ne s'y soumettront pas seront passibles d'une amende qui pourra s'élever à 150 marks et s'exposeront à un emprisonnement dont la durée pourra être de six semaines.....

En Prusse, une instruction minutieuse du même genre a été publiée le 22 novembre 1888. Elle est conçue dans le même esprit que celle de Saxe ; nous n'en citerons que quelques passages :

§ XI. — La sage-femme évitera tout contact inutile avec les parties du corps qui sont souillées par les lochies, ou qui sont en état de suppuration ou d'infection, avec les abcès, les fœtus morts, les linges sales. Elle évitera autant que possible de fréquenter les personnes malades d'une affection contagieuse quelconque : fièvre puerpérale, fièvre putride, suppuration, maladies de matrice ou de l'abdomen, rougeole, diphtérie, scarlatine, variole, choléra ou dysenterie.

§ XVII. — Les vêtements qu'une sage-femme a portés en examinant ou en visitant une personne atteinte d'une des affections indiquées, seront rigoureusement bouillis ou lavés au savon, ou désinfectés dans un appareil spécial à la vapeur, avant de servir de nouveau. »

Ainsi, le gouvernement allemand met les sages-femmes en mesure de lutter contre la fièvre puerpérale ; mais, nous le répétons, ce n'est point une licence qui leur est accordée, mais une règle de conduite à laquelle elles n'ont pas le droit de se soustraire. Le professeur Fritsch, de Breslau, a été jusqu'à dire et redire : « Si une sage-femme perd une accouchée; si, après enquête, on ne trouve la possibilité d'aucune autre cause de mort, et si l'antisepsie a été omise, cette sage-femme doit être condamnée pour homicide par imprudence. Et combien d'accoucheurs professent en Allemagne cette opinion ! »

En Angleterre, où le nombre des sages-femmes diplômées est beaucoup moins grand que sur le continent, l'usage de l'antisepsie est facultatif. Libre, par conséquent, aux accoucheuses d'y avoir recours; mais, malheur à elles s'il survient des cas de mort par infection dans leur clientèle. Elles peuvent alors être traduites devant les tribunaux et condamnées. M. Budin cite ce cas d'une sage-femme qui fut, en février 1875 (alors qu'il n'était point encore question d'antisepsie obstétricale), traduite devant les assises de Salford. Plusieurs de ses clientes ayant succombé à l'infection puerpérale, deux médecins lui conseillèrent successivement de cesser sa pratique pendant quelque temps ; elle ne tint aucun compte de ces avertissements et eut de nouveaux désastres. Le jury la condamna, et le juge, en lui infligeant six mois de prison, lui dit : « Vous paraissez une femme respectable; mais c'est une chose grave d'être ainsi une cause de mort ; la justice ne peut laisser ces

faits impunis, car les décès ont été déterminés par votre négligence, alors que vous aviez été pleinement avertie.»

En Belgique, les commissions médicales des neuf provinces ont admis, à l'unanimité, qu'il y avait lieu d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques. On ne leur intime pas l'ordre, comme en Allemagne, d'avoir à faire de l'antisepsie ; mais on les adjure de prendre en considération, dans l'intérêt de la santé des femmes en couches, l'utilité de cette pratique « dont l'application est, pour tous ceux qui se livrent à la pratique des accouchements, un devoir d'humanité et de conscience. »

« On a également institué en Belgique, dans certaines provinces, des conférences pour les sages-femmes. Dans la province de la Flandre occidentale, ces conférences sont bisannuelles ; chaque séance est de deux heures au minimum. Les sages-femmes reçoivent un jeton de présence, qui varie de 1 franc à 3 fr. 50, suivant la distance qu'elles ont à parcourir pour s'y rendre. A la fin de l'année, des primes en argent sont accordées à celles qui se sont distinguées par leur zèle, leur dévouement ou leur mérite. Ces conférences ont pour but de maintenir les connaissances théoriques et pratiques des sages-femmes à la hauteur de la science. »

En Italie, aucune décision gouvernementale n'a encore été prise concernant l'antisepsie chez les sages-femmes. Toutefois, la question est à l'étude, et une commission d'accoucheurs a été nommée qui s'est prononcée dans le même sens que les accoucheurs allemands et belges. L'acide borique, l'acide phénique, et l'acide salicylique doivent être mis à la disposition des sages-femmes ; de plus, en présence de tout état pathologique ou fébrile, celles-ci sont tenues de recourir immédiatement à l'assistance d'un médecin.

La commission de l'Académie de Médecine, en proposant de répondre par l'affirmative à la demande du ministre, se trouve donc d'accord avec les commissions médicales qui se sont occupées du sujet à l'étranger. Mais, si l'opinion, dans les différents pays, semble à peu près unanime pour ce qui est de l'autorisation à donner aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques, il s'en faut qu'il en soit de même pour ce qui est de la nature des substances qui peuvent être délivrées aux mains des accoucheuses. Ces substances sont nombreuses et chaque jour en voit préconiser de nouvelles : les unes sont toxiques, d'autres ne le sont pas ; les unes sont d'un maniement commode, faciles à conserver, à transporter et à titrer ; d'autres, au contraire, se détériorent par instabilité de leur composition, ou nécessitent un attirail encombrant pour être aisément employées dans la pratique.

La classification qu'il importe avant tout de considérer, est celle-ci : les unes sont efficaces, les autres inefficaces.

L'eau bouillie, l'acide borique, le naphtol, ce dernier à cause de sa très faible solubilité, donnent des solutions aseptiques plutôt qu'antiseptiques. Si, par leur emploi, on n'introduit pas de germes septiques dans les voies génitales, on ne détruit pas non plus ceux qui y préexistent ou qui y sont véhiculés par des mains ou des objets de pansement malpropres. L'acide salicylique, le sulfate de cuivre, ont un pouvoir insuffisant, à moins d'être employés, comme ce dernier, en solutions concentrées. L'emploi n'en est pas dès lors sans inconvénients, le sulfate de cuivre déterminant à dose élevée des irritations cutanées chez les femmes en couches comme chez les sages-femmes qui le mettent au contact de leurs mains. Les solutions de chlorure de chaux et de chlorure de zinc doivent également être rejetées à cause de leur causticité.

L'eau oxygénée et le permanganate de potasse, outre l'élévation de leur prix, se conservent très difficilement. L'eau oxygénée est malaisée à transporter à cause de son volume ; le permanganate de potasse, très facile à employer sous forme de petits paquets, a pour inconvénients de tacher fortement tous les objets qu'il touche, de faire disparaître, par une coloration uniforme, les caractères des matières qui s'échappent des voies génitales et dont il peut être indispensable de diagnostiquer la nature, et enfin d'irriter parfois fortement le vagin, même les solutions à 1/1000. Le chloral ne peut être couramment employé à cause de son prix trop élevé.

Nous ne citerons que pour mémoire la créoline, substance chimique de composition très complexe, employée sous forme d'émulsion aqueuse, qui a été récemment préconisée en Allemagne. Les difficultés qu'on pourrait avoir à se la procurer en quantité suffisante, son odeur désagréable et les cuissons qu'elle détermine, la rendent peu pratique.

Restent à examiner, parmi les substances susceptibles d'être employées à l'état de solution, l'acide phénique et les sels de mercure : biiodure et bichlorure. « L'acide phénique, dit M. Budin, a rendu et rend encore de très grands services ; son action est cependant loin d'être aussi considérable qu'on l'avait cru tout d'abord ; il paraît plutôt endormir les germes que les détruire complètement. Son odeur forte est désagréable à certains malades et, bien souvent, dans la pratique des sages-femmes, il ne donne que l'illusion de l'antisepsie ; elles en jettent dans l'eau quelques gouttes et, comme l'odeur est pénétrante, elles se figurent que c'est suffisant. Pour que les sages-femmes aient facilement à leur disposition la quantité d'acide phénique qui leur est nécessaire on doit leur délivrer des solutions très concentrées ; ces solutions mises dans l'alcool ou la glycérine sont caustiques et toxiques ; il faut donc prendre des précautions en les maniant. Quelques erreurs mortelles ont été signalées en Belgique ; cependant, bien qu'on en fasse usage à Paris depuis 1882 chez les sages-femmes agréées à l'Assistance publique, il n'est parvenu à notre connaissance aucun accident digne d'être noté. »

Outre l'insuffisance de son pouvoir antiseptique, l'acide phénique présente, ainsi que l'a montré P. Bar, l'inconvénient grave de déterminer parfois des excoriations, des ulcérations vives, même des plaques de gangrène sur les muqueuses. M. Budin appelle en outre l'attention sur la toxicité très grande de cette substance pour les enfants ; il cite plusieurs cas de mort chez les nouveau nés, alors que l'acide phénique n'avait été employé qu'en solutions faibles par simple contact prolongé avec les téguments.

Le bichlorure de mercure, dont l'emploi s'est généralisé dans toutes les maternités, sous l'impulsion de M. Tarnier, a donné jusqu'ici des résultats bien supérieurs à ceux de l'acide phénique. Les chiffres de mortalité et de morbidité tirés des statistiques de l'étranger et de son service personnel à la Charité, permettent à M. Budin de mettre ce fait hors de doute.

La grosse objection à opposer à l'emploi du sublimé est la toxicité grande de cette substance, quand on en fait usage sous forme de solutions à titre élevé.

Jusqu'ici on a pu réunir, dans la littérature, 16 cas de mort dus ou attribués au sublimé. A compulser ces observations, on voit que pour celles où l'effet toxique du sublimé ne parait pas douteux, il s'agissait de malades d'état général mauvais, soit atteintes de néphrite ou de rétention placentaire, soit anémiées par de fortes hémorrhagies. Dans ces cas on eut recours soit à des injections intra-utérines, soit à des irrigations prolongées sur des surfaces cruentées, conditions éminemment favorables à l'absorption d'une grande quantité du sel de mercure.

Indépendamment de l'avantage qu'il offre d'être le plus puissant des antiseptiques, le sublimé coûte meilleur marché que toutes les autres substances; il est très maniable, facile à doser, à transporter et à conserver. Sa solubilité dans l'eau, très suffisante pour les faibles doses auxquelles on doit l'employer, permet de le préparer à l'avance sous forme de paquets, comme l'a depuis longtemps recommandé Budin; ce qui, pour les sages-femmes, rend son transport facile sous un petit volume, alors qu'elles seraient nécessairement encombrées par l'emploi de flacons et d'instruments de dosage, si elles devaient faire usage d'acide phénique. D'un pouvoir antiseptique aussi grand que le bichlorure, le biiodure offre cet inconvénient d'être beaucoup moins soluble que le sublimé dans l'eau simple.

Dans une grande partie de la Belgique, grâce surtout aux instances du professeur Charles, de Liège, les sages-femmes peuvent faire usage du sublimé; jusqu'ici on n'a eu qu'à se louer de cette mesure et aucun accident n'a été signalé de ce chef.

C'est, en conséquence, sur le sublimé, que la commission de l'Académie de médecine a arrêté son choix. Elle propose d'en fixer l'emploi sous forme de paquets ainsi formulés :

Sublimé.	25 centigrammes.
Acide tartrique.	Un gramme.
Rouge de Bordeaux. . . , ...	Un milligramme.

Chaque paquet portera l'étiquette rouge exigée par la loi, avec l'inscription :

Sublimé : 25 centigrammes, pour un litre d'eau.
TOXIQUE.

La solution ainsi obtenue est à $\frac{1}{4000}$.

L'acide tartrique ajouté au sel de mercure a pour but d'empêcher la formation d'albuminates hydrargyriques à l'intérieur des voies génitales.

La matière colorante est destinée, en teintant les solutions, à prévenir toute méprise de la part des sages-femmes qui ne pourront ainsi confondre la solution antiseptique avec de l'eau ordinaire.

Il ne semble pas douteux que l'Académie ne ratifie les conclusions de la commission et ne réponde affirmativement à la demande du ministre.

Pour ce qui est du choix des substances antiseptiques à remettre aux mains des sages-femmes, point très important bien que secondaire, il lui serait difficile, à notre avis, de s'arrêter à une solution plus pratique que celles que propose la commission. BONNAIRE.

Cours d'anatomie : M. le Dr Poirier.

Jeudi dernier, 6 février, à 4 heures de l'après-midi, M. POIRIER a enfin pu ouvrir son cours semestriel d'hiver, dans l'amphithéâtre construit spécialement pour l'enseignement à la nouvelle Ecole pratique. Ce retard entre dans la série des incidents auxquels nous sommes habitué à la Faculté, de par l'architecte. S'il est un cours indispensable, c'est celui auquel les étudiants qui sortent des pavillons viennent entendre synthétiser les connaissances acquises dans la journée. Ce cours, à ce point de vue, est d'une utilité incontestable et ne pourrait guère durer plus d'un mois et demi. On est obligé de le glisser entre un cours d'hiver assez court et un cours d'été commençant tard. Heureusement que M. Poirier sait aller vite et qu'il pourra, dans le temps si restreint qui lui est laissé, rendre aux élèves de grands services.

Après avoir donné aux étudiants quelques conseils sur la meilleure façon de travailler et leur avoir rappelé qu'ils sont des hommes et non plus des lycéens, qu'ils doivent suivre à la fois leurs auteurs et leurs dissections, en contrôlant l'un par l'autre, au lieu de se fier à leurs livres et à leur mémoire, le professeur est entré dans son sujet. L'objet du cours sera la *tête* envisagée au point de vue chirurgical. Ce sera donc l'étude des régions et par suite une synthèse. De nombreuses planches, dessinées avec grand talent par M. Deville, servaient aux démonstrations. Cette étude topographique de la tête, et surtout celle des régions de la voûte du crâne, qui commencera le cours, est rajeunie à notre époque par les applications chirurgicales, de plus en plus heureuses, de la *topographie crânio-cérébrale*. M. Poirier s'est livré à de nombreuses recherches qui lui permettront de donner aux élèves un exposé complet, contrôlé par lui, augmenté par lui, sur cette question dont tous apprécient l'importance. Il a commencé par l'étude de la région frontale; couche par couche; il a fait celle du cuir chevelu, celle du panicule adipeux sous-cutané, etc.

Les étudiants connaissent depuis longtemps l'élégante façon dont M. Poirier fait son cours, sa clarté d'exposition, la peine qu'il se donne pour rendre aussi démonstratives que possible les considérations un peu ardues qu'il doit exposer. Tous ceux qui, jeudi, ont assisté à cette leçon d'ouverture, ont pu constater qu'il est resté toujours le même; ils lui ont prouvé d'ailleurs par leurs chaleureux applaudissements.

L'ASSISTANCE PRIVÉE A LONDRES. — Au milieu de toutes les institutions de bienfaisance qui existent à Londres, il en est une qui, créée par l'initiative d'une seule personne très charitable, le docteur Barnardo, rend de très grands services. Le docteur Barnardo s'occupe des enfants misérables, qu'il recueille généralement dans les rues; il a, de cette façon, environ un millier de petits pensionnaires qu'il loge, nourrit, habille et auxquels il apprend un état dans les divers asiles qu'il a ouverts à leur intention. Non seulement le docteur Barnardo prend ses protégés dans les rues, mais il reçoit encore les enfants qui lui sont confiés par des parents qui ne peuvent les élever. Quand les enfants arrivent à un certain age, le docteur Barnardo les place aussi bien que possible, soit à Londres, soit à l'étranger.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. RANVIER décrit, sous le nom de *Clasmatocystes*, des éléments particuliers que l'on observe sans difficulté au microscope, à l'aide d'un grossissement moyen, dans les membranes connectives minces des Vertébrés (grand épiploon, mésentère) à la suite d'un traitement par l'acide osmique et le violet de méthyle BBBB. Chez les Batraciens Urodèles, ce sont des cellules colossales, fusiformes ou arborisées, pouvant atteindre un millim. : les noyaux se colorent plus facilement que le protoplasme. Les prolongements de ces cellules sont simples ou ramifiés, sans anastomoses. Les parties renflées contiennent des granulations fines ; les parties rétrécies sont souvent réduites à de minces filaments. Ces derniers peuvent disparaître, de telle sorte que des portions de la cellule se sont détachées de son corps et sont devenues indépendantes. Ainsi se forment, dans le voisinage immédiat des Clasmatocystes et surtout à l'extrémité de leurs prolongements, des îlôts de granulations, de volume variable, répandues dans les mailles du tissu conjonctif. Cette sorte de sécrétion par effritement du protoplosma paraît être le caractère essentiel de ces éléments, de ces Clasmatocystes (κλασμα, fragment; κυτος, cellule). M. Ranvier appelle *Clasmatose* ce mode particulier de sécrétion. Il y aurait plusieurs milliers de ces éléments par millimètre cube dans le tissu conjonctif des Mammifères.

Les Clasmatocystes ne présentent pas de mouvement amiboïde. Ce ne sont pas des cellules migratrices, et cependant ils proviennent de cellules lymphatiques, de leucocytes qui, après être sortis des vaisseaux sanguins, ont voyagé dans les interstices du tissu conjonctif. Le protoplasma du clasmatocyste est au moins cent fois plus volumineux que celui du leucocyte. Le leucocyte, sorti des vaisseaux sanguins par diapédèse et établi dans les mailles du tissu conjonctif, s'y nourrit, s'y engraisse, émet des pseudopodes et subit l'évolution particulière qui en fait un clasmatocyste pour abandonner, par fragmentation, par effritement, une partie de sa substance qui très probablement est utilisée dans l'organisme. Mais il ne faudrait pas croire que tous les leucocytes deviennent des clasmatocystes.

MM. G. SÉE ET BORDAS ont recherché *le pneumocoque dans la pneumonie fibrineuse consécutive à la grippe*. Le Diplocoque lancéolé de Pasteur-Talamon se rencontre toujours dans le poumon d'individus ayant succombé à la pneumonie fibrineuse ou lobaire. Dans ce cas, les ensemencements faits avec l'exsudat fibrineux ne fournissent pas une culture pure de pneumocoques : on rencontre un certain nombre de microorganismes: Streptocoques, etc... En ponctionnant la rate, Sée et Bordas ont obtenu des cultures pures et très abondantes de Diplocoques lancéolés. Les cultures de ces derniers, inoculées à des lapins, ont amené la mort avec les caractères de la pneumonie fibrineuse. Le sang des pneumoniques n'a jamais présenté de Diplocoques lancéolés, sauf dans un cas où le malade a succombé à une infection générale avec des accidents méningitiques. La pneumonie n'est pas seulement une maladie locale : elle peut devenir infectante en envahissant d'autres organes.

M. CH. BOHR adresse une note sur la *respiration pulmonaire*. On admet habituellement que la différence de tension entre les gaz du sang artériel et les gaz de l'air contenu dans le poumon est la cause des échanges gazeux entre l'un et l'autre côté des parois des vésicules pulmonaires. M. Bohr montre que cette différence de pression n'est pas la cause du phénomène ; le fait se manifeste surtout à la suite de l'inspiration d'un air renfermant de l'acide carbonique. L'absorption et l'élimination des gaz à travers les poumons doivent être considérées comme analogues aux phénomènes des sécrétions glandulaires. De même que les autres organes, les poumons ne peuvent déployer leur activité spéciale que dans des limites étroites, marquées par les conditions physiques extérieures, comme le montrent les accidents qui se produisent quand l'organisme se trouve exposé à un air très pauvre en oxygène ou très riche en acide carbonique. Mais, en dehors de ces cas extrêmes, l'action spéciale du tissu pulmonaire est la principale cause déterminante de la tension des gaz dans le sang.

M. ABEL DUTARTRE continue ses recherches sur *le venin de la Salamandre terrestre*. L'introduction de ce venin chez un Mammifère amène cette diminution considérable du nombre des globules sanguins, diminution que Dutartre avait déjà signalée chez la grenouille vèninifiée. Les bactéries se développent rapidement dans le venin. La salamandrine ne paraît pas exister dans le sang. La larve aquatique ne présente pas de venin comparable à celui de la salamandre adulte. La salamandrine rentre dans le groupe des leucomaïnes. Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

M. LABORDE, à l'appui de sa dernière communication sur *les fonctions du cervelet*, rapporte deux cas, observés par lui, de tumeurs cérébelleuses avec incoordination et impossibilité de marcher. Dans l'un des deux le malade avait conservé toute sa force et se cramponnait avec énergie aux objets ; l'incoordination dans ce cas n'est donc pas due à une parésie musculaire, comme l'a avancé Lucciani.

M. RETTERER continue ses recherches *sur le développement de la région anale*. On croyait, il y a une dizaine d'années, que de l'extérieur vers l'intérieur partait un bourgeon allant à la rencontre du rectum. Kölliker, Wilialkovics, Tourneux, semblent admettre, au contraire, que le rectum se continue simplement et se prolonge jusqu'à la surface cutanée. Sur les embryons examinés à la loupe, et sur les coupes sériées on peut voir que le cloisonnement du cloaque et la fermeture de la région anale se forment au moyen de replis latéraux, fibro-cutanés, qui se réunissent sur la ligne médiane. Ces replis, qui sont conjontivo-vasculaires, viennent au contact sur la ligne médiane et se soudent, circonscrivant la région cloacale en avant, la région anale en arrière. Ils contribuent donc à la constitution de cette dernière, qui ne peut alors provenir d'un prolongement du tube digestif.

M. D'ARSONVAL. — *Sur la photographie du spectre du sang*. — L'an dernier j'ai obtenu un premier résultat, qui est le suivant : Quand on photographie un spectre de sang oxygéné, on observe, tout à fait au voisinage du violet, la presence d'une bande d'absorption qui est invisible à l'examen direct. Cette bande s'observe même alors que le sang a été assez délié pour que les deux bandes d'absorption normale du sang soient supprimées. Pour l'obtenir du violet, je faisais usage, à cette époque, d'un dispositif assez compliqué. Maintenant j'ai assez simplifié ce procédé pour qu'on puisse obtenir des photographies avec les spectroscopes courants. La photographie est de beaucoup supérieure à la vision directe du spectre pour reconnaître le sang, grâce à cette bande violette, car elle se retrouve dans les solutions de sang à $\frac{1}{10000}$. Il n'y a pas de différence sensible entre le sang de l'homme, du cobaye ou du lapin.

M. MALASSEZ rappelle que le carmin donne les deux bandes d'absorption du sang; il demande si M. d'Arsonval a constaté la bande violette dans le spectre des solutions de carmin.

M. D'ARSONVAL n'a rien observé de semblable à la bande violette dans le spectre du picro-carmin.

M. VINCENT communique ses résultats *sur la recherche du Bacille typhique dans l'eau*. Elle est difficile à cause de la faible quantité d'eau que l'on peut soumettre à l'épreuve des cultures, et surtout à cause de la masse des bacilles sa-

progènes qui peuvent se développer sur la plaque et étouffer le bacille typhique. M. Vincent propose, pour obvier à cet inconvénient, une méthode nouvelle. Le bacille typhique présente une grande résistance à l'action de l'acide phénique, comme l'ont montré MM. Chantemesse et Widal. D'autre part, M. Rodet. de Lyon, a constaté qu il se developpait très bien aux températures élevées. On utilise ces deux propriétés en ensemençant du bouillon additionné d'acide phénique et porté à l'étuve à 42°. Les tubes qui se troublent sont repris, et leur contenu ensemencé dans les mêmes conditions. Après deux ou trois passages successifs, les saprophytes sont tués et l'on obtient très rapidement le bacille pur, mais légèrement modifié dans sa forme; ces résultats ont été obtenus dans un très grand nombre d'expériences appliquées à l'étude de l'eau de Givet, où vient de sévir une épidémie typhique; elles ont permis de déceler le bacille typhique alors que les cultures sur plaques n'avaient rien donné.

M. Grehant.— *Sur la toxicité de l'acide cyanhydrique.* — Ce poison agit sur le centre moteur respiratoire et aussi sur le cœur, qui s'arrête rapidement. Ce poison est donc extrêmement redoutable à cause de cette double action. Quand on tue les animaux en leur instillant le poison sur la cornée, est-ce par la conjonctive ou par la surface respiratoire que pénètre le poison ? En isolant la trachée par un tube prenant l'air au loin, on observe encore la mort de l'animal, ce qui indique que le poison pénètre bien par l'œil.

M. Malassez dépose une note de M. Nicati, de Marseille, sur *le glaucome*, qui serait un œdème consécutif à des varicosités capillaires produites par la contracture des fibres lisses de l'iris; c'est une théorie semblable à celle du Pr Verneuil pour les hémorrhoïdes. Cet œdème variqueux vient à l'appui de la théorie de M. Nicati, sur le rôle sécrétoire et glandulaire des procès ciliaires; pour qu'il se produise il faut, en plus du spasme du tractus uvéal, l'imperméabilité des voies d'écoulement de l'humeur viciée.

MM. Malassez et Vignal rappellent que, contrairement à ce qu'a dit M. Germain Sée, à l'Académie, dans la discussion de la tuberculose, ils ont fait sur les crachats tuberculeux des expériences entièrement personnelles en desséchant ces crachats, en les pulvérisant, les mouillant, pour les sécher ensuite, et se mettant le plus possible dans les conditions de la vie usuelle.

M. Raphaël Blanchard. — J'ai étudié, il y a quelque temps, des crustacés provenant des lacs suisses. L'une des espèces, le *Diaptomus baccilifer*, présente une coloration rouge marquée. La solution éthérée de ce pigment ne présente aucune bande d'absorption, ce qui le distingue des autres pigments rouges des Crustacés. Il n'existe qu un pigment comparable par ses réactions, c'est la Carotine ou crysiophylline, isolée et étudiée par M. Arnaud aide-naturaliste au Muséum, et qui se trouve en grande quantité dans les plantes. Il s'agit donc d'une carotine animale; d'un pigment commun aux deux règnes, comme le prouvent les recherches que j'ai faites à ce point de vue avec M. Arnaud. Je me demande s'il ne joue pas un rôle dans la fixation de l'oxygène, comme l'hémoglobine des Vertébrés par exemple. En effet, ce pigment manque tout à fait chez les Diaptomus de certains lacs; chez d'autres, il prend une teinte bleu due à la réduction de l'oxygène qu'il contient; et les eaux qui renferment le Crustacé étant peu chargées d'oxygène, il n'y aurait rien d'étonnant à ce que l'animal produisît un principe fixateur pour suppléer à l'insuffisance d'oxygénation de son milieu.

M. Guignard fait connaître le résultat de ses recherches sur *la localisation de l'émulsine et de l'amygdaline dans les organes des plantes qui fournissent de l'acide cyanhydrique.* En agissant à une température convenable et en présence de l'eau sur l'amygdaline, l'émulsine ou synoptase décompose le glucoside en donnant de l'acide cyanhydrique, de l'essence d'amandes amères et du glucose. Cette décomposition n'a pas lieu dans la plante vivante. Or, la chose s'explique par ce fait que l'émulsine et l'amygdaline sont contenues dans des cellules bien différentes d'un même tissu, qu'il s'agisse, par exemple, du laurier-cerise ou des amandes amères. L'émulsine est localisée uniquement dans une gaine spéciale qui entoure les vaisseaux conducteurs des nervures, tandis que l'amygdaline se trouve dans le parenchyme assimilateur des feuilles vertes ou dans le parenchyme de réserve des cotylédons, s'il s'agit des graines telles que les amandes. On peut le démontrer par un ensemble de réactions microchimiques.

MM. Arthaud et Butte communiquent une série de recherches sur *la glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas.* Ces deux auteurs ont vu que cette glycosurie ne devait pas être attribuée à un excès de diastase pancréatique dans l'économie, car l'injection de diastase ou d'infusion de pancreas n'a pas produit l'hyperglycémie. D'autre part, ils ont vu que les ligatures des veines du pancréas n'entraînaient point la glycosurie, ce qui devrait se produire si, comme le suppose Lépine, le pancréas cédait au sang un ferment indispensable à la destruction du glycose. D'autre part, ils ont constaté que la circulation arterielle du foie, rendue plus active par les ligatures simultanées de la gastro-épiploïque droite et de la splénique, n'était pas sans influence sur l'apparition de la glycosurie. Ils ont constaté ce phénomène chez un chien qui avait subi ces deux ligatures; seulement cette glycosurie a été tardive, mais, au moment de la mort, le sucre ne contenait ni sucre ni glycogène. MM. Arthaud et Butte pensent qu il faut tenir compte de ce facteur dans l'interprétation des résultats obtenus par Minkowsky. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 févirer 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Proust fait part d'une observation de *contagion de la grippe*, communiquée par le Dr d'Hoste, médecin à bord du *Saint-Germain*. Ce vaisseau, dont l'état sanitaire était excellent. embarqua sur son parcours un passager qui, le lendemain, fut pris de grippe. Sur 436 passagers, 154 furent pris consécutivement et 47 matelots. Aucun cas n'a été mortel. Il semble bien qu'il y ait eu contagion directe et non par le fait des complications.

M. Laborde a observé deux malades, à l'appui de l'opinion de M. Bouchard Il s'agit d un médecin qui, au cours de la grippe, eut un érysipèle de la face assez grave. Peu de jours après, sa bonne présentait une pneumonie grippale, dont elle mourait. On ne trouva, dans les noyaux pneumoniques, que des Streptocoques de l'erysipèle et pas de Pneumocoques.

M. Devillers, à propos du procès-verbal, revient sur la question du *lait bouilli dans la tuberculose* Les dangers qui résultent du lait de vaches tuberculeuses sont bien moindres que ceux qui résultent de l'usage du lait bouilli, qui provoque le plus fréquemment la diarrhée infantile.

M. Perier présente un malade auquel il a *enlevé la totalité de l'omoplate*, en conservant le bras, pour un sarcôme ayant débuté par l'acromion, et respectant l'articulation de l'epaule. Les mouvements du bras sont très limités, mais le membre est cependant utile et le malade peut porter un seau.

M. Budin présente un nouveau rapport sur la question de savoir *s'il convient d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.* Il constate d'abord qu'on signale encore fréquemment, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses épidémies localisées d'infection puerpérale, avec des sources de contagion variées. Il recherche ensuite ce qu'on a fait pour prévenir ces accidents dans les pays voisins (Voir le *Bulletin*). En Italie, un règlement non encore publié autorise les acides phénique, borique, salicylique En Angleterre, l'antisepsie phéniquée et sublimée est recommandée. En France, depuis 1882, l'Assistance publique fournit gratuitement aux sages-femmes privées, pour chaque parturiente, une so-

lution concentrée d'acide phénique. Partout on a donc recours aux antiseptiques.

L'eau bouillie est insuffisante ; à quels antiseptiques recourir? Il suffit, dans la pratique, d'en avoir un seul efficace, n'exposant que peu aux intoxications, facile à conserver, et à bon marché. Les uns sont insuffisants ou s'altèrent rapidement ou sont difficiles à manier. L'acide borique n'est pas assez puissant. Les deux plus employés sont l'acide phénique et le sublimé. L'acide phénique présente beaucoup d'inconvénients. Le sublimé, depuis 1881, donne d'excellents résultats. Les intoxications ne sont pas fréquentes quoi qu'on en dise. Les nouveau-nés le supportent très bien. Quant à l'entourage, les cas d'intoxications sont encore plus rares. On y est du reste habitué, puisque, depuis quatre ans, les agriculteurs ont à leur disposition du sublimé pour les vaches qui viennent d'avorter. La commission propose d'employer des paquets de 25 grammes à jeter dans un litre d'eau, en ajoutant 1 gramme d'acide tartrique pour hâter la dissolution. On peut, pour éviter des erreurs, colorer avec 1 milligramme de rouge de Bordeaux. Etiquette rouge portant 25 centigrammes de sublimé pour un litre d'eau toxique.

La commission propose de déclarer qu'il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi d'antiseptiques. Pour éviter les erreurs, elles n'en pourront avoir qu'un. Outre ces paquets, les pharmaciens pourraient délivrer des doses de 30 grammes de vaseline au sublimé au 1/1000e (Voir page 111).

M. Jungfleisch demande l'emploi d'une autre substance colorante que le rouge de Bordeaux qui rappelle la couleur du vin de Bordeaux.

M. Trélat demande pourquoi on n'emploierait pas des pastilles au lieu de paquets.

M. Budin répond que la coloration rose est si faible qu'il n'y a aucune erreur à craindre. Quant à des pastilles, des enfants ou d'autres personnes pourraient les manger par mégarde.

M. Marty craint qu'on ne confonde avec les solutions rosées d'acide phénique des hôpitaux.

M. Worms demande qu'on ajoute une substance amère pour éviter que ces paquets soient donnés dans un but criminel.

M. Laborde fera connaître à l'Académie certains mélanges qui enlèvent au sublimé ses propriétés toxiques sans lui enlever ses propriétés antiseptiques.

M. Gautier, au nom de M. Mourques et au sien, communique leurs expériences sur *les alcaloïdes de l'huile de foie de morue*. L'huile de foie de morue agit par ses corps gras, très facilement assimilables, grâce à une légère acidité, à leur saponification partielle, à la présence d'un peu de bile. Ces huiles agissent comme réparateurs énergiques, par leur richesse en phosphates, en acide phosphorique, en lécithine et en phosphore combiné, à l'état organique. La petite proportion d'iode et de brome excite encore l'assimilation. Enfin, ces huiles agissent par leurs alcaloïdes, dont un grand nombre excitent le système nerveux, accélèrent la dénutrition, accroissent les quantités d'urine et de sueur excrétées et augmentent ainsi l'appétit. Aussi les huiles colorées agissent-elles beaucoup plus que les huiles blanches, à cause de la présence de ces bases. Paul Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 février 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Lucas-Championnière dépose deux observations de M. Etienne (de Toulouse) : *Prostatite calculeuse ; — Epingle à cheveu dans la vessie.*

M. Terrillon dépose une observation de M. Duret (Lille) sur un cas d'*Exstrophie de la vessie.*

M. Lucas-Championnière, à propos du procès-verbal, fait un rapport sur deux mémoires de MM. Romiceanu (Bukharest) et Piéchaud (de Bordeaux), ayant trait au *traitement des pieds bots par la tarsectomie.* — De la lecture de ces deux mémoires et de ses observations personnelles, le rapporteur conclut que les sections ligamenteuses récemment vantées n'ont pas grand intérêt; qu'il ne faut pas hésiter à faire tous les sacrifices osseux nécessaires pour assurer au pied une grande souplesse; et qu'il ne faut pas trop compter sur ce que donneront plus tard les appareils. Il faut absolument éviter de toucher à la malléole externe. La manière de voir que M. Nélaton a exposée à la séance précédente n'a peut-être pas toute la portée pratique qu'il a voulu lui attribuer. M. Romiceanu opère les enfants atteints de pieds bots congénitaux à un âge assez jeune, mais il préfère attendre 18 ou 20 mois ; l'opération est mieux supportée que les appareils. Il n'a pas observé de récidive sur un assez grand nombre d'opérations. Le travail de M. Piéchaud ne se rapporte qu'à 3 observations (double pied bot chez un enfant de 2 ans 1/2 et un pied bot unique chez un autre de 12 ans). M. Championnière possède aussi de son côté un certain nombre de cas qu'il a traités par l'extirpation de l'astragale, etc. Il prescrit seulement après l'opération des bottines à tuteurs latéraux, puis des courants continus ou faradiques si des muscles sont malades. Il fait 2 pansements et c'est tout. — Il importe absolument, au point de vue du succès, de mettre de côté tous les cas qui ont suppuré ; on ne doit pas les comparer avec les autres. Chez les enfants, il faut se rappeler que les antiseptiques énergiques peuvent être dangereux et qu'on doit les manier avec prudence. Si le pansement est difficile à maintenir quand l'enfant est très jeune, l'opération par contre est plus aisée.

M. Berger a extirpé deux fois l'astragale chez le même sujet; dans 4 autres cas il a enlevé l'astragale et une partie du calcanéum ; dans un cas, il a réséqué, en outre, un morceau du cuboïde. Il préfère l'incision située sur le côté externe de la face dorsale du pied ; si parfois elle n'est pas suffisante, il l'agrandit. Il s'efforce d'obtenir la cicatrisation sous un seul pansement, sans appareils immobilisateurs. Après l'opération, il ne fait pas non plus porter d'appareils.

M. Berger rapporte un cas de *Désarticulation inter-scapulo-thoracique* dû à M. Levis (de Broocklyn). Depuis la publication de son travail sur cette question, M. Berger n'a eu connaissance que du cas de Chavasse (Birmingam's Hospital) ; celui de M. Lévis, adressé à la Société, est aussi fort intéressant.

Homme qui, il y a 1 an 1/2, se fit dans une chute une fracture de l'humérus avec luxation de l'épaule gauche. Il ne s'en remit jamais; puis, au bout de quelque temps, apparition d'un ostéo-sarcome volumineux de l'articulation de l'épaule. M. Lévis fit la ligature préalable de l'artère sous-clavière, qu'il trouva fortement déviée en dedans et en bas. Il sectionna la clavicule et put mener à bien son opération sans avoir beaucoup de sang. Le choc opératoire fut intense. Réunion sans suppuration.

M. Berger insiste sur les difficultés qu'a eu M. Lévis à trouver l'artère sous-clavière ; il aurait évité cette peine s'il avait au préalable réséqué la partie moyenne de la clavicule. Il aurait bien fait aussi de lier la veine pour éviter d'une façon certaine l'entrée de l'air. M. Berger fait en outre remarquer la bénignité relative de cette opération dans les cas pathologiques. De plus il y a un an que ce malade est opéré et il n'y a pas de récidives. Ce fait est encore très intéressant à ce point de vue. Cette désarticulation vaut à son avis beaucoup mieux que la désarticulation classique de l'épaule ; la récidive, dans les cas de tumeur, est moins rapide, car on peut inspecter facilement l'aisselle.

M. Berger fait en outre un rapport sur : 1° Un cas de *Rétrécissement d'origine inflammatoire guéri par l'électrolyse.* 2° Un cas d'*Anévrysme traumatique de l'artère cubitale.* Ces deux observations sont dues à M. le Dr Lecerf (de Valenciennes). 1° Dans le premier cas, il s'agit d'une femme atteinte d'un abcès puerpéral avec fistule recto-vaginale consécutive, guérie, il y a 10 ans de cela, et s'étant présentée à M. Lecerf avec un rétrécissement rectal graduellement croissant, une émaciation extrême, des souffrances très vives, du ballonnement du ventre, des selles ichoreuses, etc. Ce rétrécissement, du calibre d'un crayon environ, siégeait à 9cm au-dessus de l'anus. M. Lecerf, craignant que la dilatation lente ordinaire n'amena pas assez vite un élargissement du rectum suffisant pour faire disparaître rapidement les accidents d'occlusion intestinale chronique, résolut d'employer la méthode de

M. Lefort, à savoir l'électrolyse. On fit 25 séances, en augmentant peu à peu le calibre du cathéter métallique servant d'électrode. En 6 semaines l'amélioration fut très manifeste. Cette malade n'a pas été suivie assez longtemps pour que l'observation ait une grande valeur.—2° L'anévrysme observé par M. Lecerf était consécutif à un coup de couteau ayant déterminé la section de l'artère cubitale. On fit d'abord la ligature de la cubitale ; phlegmon de l'avant-bras. Puis la ligature des 2 bouts de l'artère avec incision et grattage de ce qui constituait la paroi de l'anévrysme, fut exécutée par M. Lecerf. Plaie bourrée avec gaze iodoformée. Guérison par seconde intention.

M. TRÉLAT. — Même dans les cas d'anévrysme diffus, il faut ouvrir, vider, réséquer le sac, de façon à pouvoir tenter la réunion par première intention.

M. RECLUS fait un rapport sur un travail de M. JEANNEL (de Toulouse), se rapportant à plusieurs observations de *colotomies iliaques par la méthode de Maydl.* Aujourd'hui, tout le monde est d'accord : dans l'immense majorité des cas, il faut faire l'anus iliaque, et non l'anus lombaire. En le faisant d'une certaine manière, on obtient un éperon qui empêche le passage de la moindre parcelle de résidu intestinal dans le bout inférieur. Reste à savoir si la méthode proposée récemment par Maydl, en deux temps, l'emporte sur la méthode classique. On sait en quoi consiste le procédé de Maydl : même incision que d'habitude; recherche de l'intestin, que l'on amène au dehors. Ceci fait, on passe un corps rigide, une sonde en gomme par exemple, à travers le mésentère de l'anse herniée, au ras de l'intestin. On met par-dessus cette anse, qu'on n'ouvre pas, un peu d'ouate hydrophile; et c'est tout. Telle est, du moins, la façon de faire de M. Reclus, qui a beaucoup simplifié le manuel opératoire de Maydl, car cet auteur suture souvent l'intestin à la paroi. Le 2e temps, qui consiste à ouvrir l'intestin seulement quand des adhérences intestino-pariétales se sont formées, s'exécute le 2e jour en moyenne ; on incise le tiers de l'intestin, transversalement, au thermocautère; souvent Maydl n'incise que le 4e, le 5e ou le 6e jour. Le 14e ou 15e jour seulement, on rase la portion d'intestin qui est audessus de la paroi abdominale. On peut faire, en ce moment, une suture de l'intestin à la peau ; mais c'est compliquer inutilement l'intervention. Ce procédé ne peut pas s'appliquer aux cas d'obstruction intestinale aiguë ; car, dans ces cas, il faut aller au plus pressé et ouvrir l'intestin ; il semble plus spécialement réservé aux cas d'occlusion chronique (cancers intestinaux à marche lente). D'après Maydl, le premier avantage de ce procédé serait l'impossibilité de l'inoculation péritonéale, puisqu'on n'ouvre l'intestin qu'après la formation des adhérences intestino-cutanées. Mais l'inoculation ne se fait, en général, que dans les cas d'obstruction aiguë (dans ces cas, le contenu intestinal, extrêmement liquide, s'écoule facilement dans la plaie) ; or, le procédé de Maydl n'est pas indiqué. Dans les cas d'occlusion chronique, au contraire, les matières fécales sont moulées; il y a peu de chances d'infection. Ce premier avantage est donc plutôt théorique que pratique ; il n'en est pas moins réel. Le deuxième consiste dans la rapidité extrême de l'intervention ; en 6 ou 8 minutes tout est fini, si l'on emploie la cocaïne et supprime les sutures. Le troisième consiste en ce fait qu'on peut ne faire aucune suture, partant ne pas avoir d'abcès à leur niveau. L'inconvénient capital, dit-on, c'est de ne pas faire bénéficier de suite le malade de son opération. En réalité, cependant, le malade est toujours soulagé : les faux besoins sont dissipés; les douleurs s'atténuent et disparaissent par le seul fait de la sortie de l'intestin. Il n'y a qu'un cas de M. Verneuil qui n'ait pas présenté cette accalmie, pourtant si habituelle; cela tint peut-être à ce qu'on ne donna pas d'opium à l'opérée pour la calmer. Dans ce cas, en effet, on dut ouvrir de suite l'intestin. L'anus obtenu par la méthode de Maydl est aussi parfait que celui qu'on a par le procédé classique.

M. TRÉLAT reconnaît que désormais il vaut mieux faire l'anus iliaque que l'anus lombaire ; c'est plus facile. Si jadis il ne pensait pas ainsi, c'est que l'opération de l'anus iliaque a bénéficié notablement des perfectionnements chirurgicaux modernes. M. Trélat indique pourquoi dans l'anus iliaque on a noté parfois des abcès au voisinage des sutures. Cela tient à la façon dont on f les sutures. Pour ne pas avoir d'abcès, il suffit d'accoler le péritoine intestinal non pas au péritoine de la paroi, mais à la peau et de suturer la muqueuse intestinale à la peau directement. Il a fait une fois un anus contre nature par le procédé de Maydl. Le résultat a été bon.

M. KIRMISSON possède 12 cas d'anus iliaque pour la méthode classique. Il reconnaît que l'anus lombaire peut avoir ses indications ; par exemple, quand la fosse iliaque est remplie de cancer. Quant à la méthode de Maydl, il ne la comprend pas. Pourquoi vouloir empêcher l'intestin de rentrer, quand il n'a qu'une tendance, celle de sortir? Et puis, il faut faire trois opérations successivement ! Il ne comprend pas non plus comment le seul fait de sortir l'intestin, sans l'ouvrir, puisse amener la cessation des accidents. C'est là un paradoxe, qui n'est explicable que par des coïncidences heureuses.

M. RECLUS craint tellement l'issue de l'intestin, qu'il fixe la sonde qui traverse le mésocolon iliaque avec de la gaze iodoformée collodionnée. Cependant jamais on n'a noté cette issue de l'intestin, alors que l'on a observé sa rentrée après l'opération, quand la tige n'était pas fixée. Le procédé de Maydl — modifié il est vrai — qu'il emploie, n'est pas compliqué.

M. QUÉNU, dans un cas d'occlusion intestinale chronique avec ballonnement du ventre, due à une tumeur pelvienne, voulant faire l'anus iliaque, ne trouva pas de suite l'intestin. Pour y arriver il fut obligé de réséquer une certaine masse d'épiploon.

M. TERRILLON présente une malade guérie d'une *hydarthrose du genou* très volumineuse (600 grammes) et très rebelle (6 ans de date), à l'aide de lavages antiseptiques (eau phéniquée forte, 5 seringues entières); 1,300 gr. de liquide dans l'article). Guérison en un mois. Fonctions du membre revenues.

M. REYNIER a opéré aussi un homme de cette façon; il a fait passer plus de 2 litres de solution phéniquée dans le genou de ce malade qui a d'abord guéri ; mais l'hydarthrose a récidivé trois ans après.

M. BERGER montre le larynx et la trachée d'un homme jadis porteur d'une *fistule trachéale* qu'il avait récemment opérée et qui est mort de tuberculose aiguë. Ce malade, trachéotomisé 19 ans auparavant par M. Richet pour une lésion inconnue, paraissait guéri de sa fistule ; mais, comme le fait très sincèrement remarquer M. Berger, il ne l'était pas en réalité. Il persistait un très fin pertuis, où ne passait peut-être ni gaz ni air, mais qui n'en existait pas moins. De plus, chose curieuse, ce malade avait, *au-dessous* de la place qu'occupait jadis la canule, un *rétrécissement de la trachée*, dont on ne s'était jamais douté. Malgré ce rétrécissement, malgré l'oblitération fonctionnelle, sinon absolue de la fistule, ce malade respirait bien.

M. QUÉNU montre un *lipome de la grande lèvre* qu'il a enlevé à un enfant de 5 mois. Ce lipome était congénital ; à 3 mois, il était gros comme une noix. En 2 mois, il augmenta beaucoup. Cliniquement, il avait l'air d'une tumeur maligne et même après l'opération, la tumeur, en raison des nombreux vaisseaux qu'elle présentait, jouait le néoplasme malin. La petite malade va très bien, malgré l'anesthésie chloroformique et une perte de sang assez abondante. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 janvier 1890.—PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAGNEAU.

M. LEBLANC, vice-président, rappelle les travaux lus à la Société, pendant l'année 1889, relatifs à l'*hygiène de l'enfance; l'allaitement artificiel; l'inspection du lait à Paris; l'antisepsie obstétricale; les vaccinations; les microbes pathogènes contenus dans la bouche; la canalisation des eaux à Paris*, etc.

M. LAGNEAU, président, remercie la Société de ses suffrages.

L'Epidémie régnante : résumé statistique.

M. BERTILLON. — L'auteur parle de la mortalité qui, dans les dernières semaines, a doublé et même triplé. Il y a eu peu de décès chez les enfants; ce sont surtout les adultes et les vieillards qui sont morts. La semaine qui a précédé l'épidé-

mie présentait 1091 décès dont 166 de 0 à 1 an, 123 de 1 à 4 ans, 58 de 5 à 19 ans, 200 de 20 à 40 ans, 225 de 50 à 60 ans, 319 chez les vieux ; la semaine dernière a fourni 2374 décès, dont 216 de 0 à 1 an, 149 de 1 à 4 ans, 94 de 5 à 19 ans, 522 de 20 à 40 ans, 693 de 50 à 60 ans, et 700 chez les vieux. Les hommes ont été plus frappés que les femmes. Les causes de mort sont dues principalement à la pneumonie (505 pneumonies au lieu de 50), aux maladies susceptibles de se compliquer d'accidents pulmonaires ; c'est ainsi que la bronchopneumonie, la bronchite aiguë ont participé à cette mortalité (144 décès au lieu de 60.) Du reste toutes les maladies chroniques y ont participé (maladies organiques du cœur 124, au lieu de 50); la tuberculose (473 au lieu de 180). Le cancer est resté stationnaire (60 au lieu de 50). Quant aux maladies aiguës elles n'ont pris aucune part à cette augmentation de la mortalité. — Les malheureux n'ont pas été plus frappés que les riches.

Grippe et Dengue.

M. Treille présente un résumé des principaux symptômes de la dengue : la dengue a un début brusque et instantané qui se traduit par des courbatures, de la fréquence du pouls 120 à 130), de la chaleur de la peau, une céphalalgie frontale ou occipitale ; jamais la céphalée est totale, si bien que les Anglais ont appelé la dengue « raideur de la nuque. » Il n'est pas juste de dire qu'il y a une éruption au début et une à la fin de la maladie; tout dépend de la saison et du degré de latitude. Puis apparaît l'élément nerveux du sacrum; la douleur rachialgique est surtout marquée au niveau du sacrum, elle descend dans les muscles fessiers et les mollets ; on peut même observer du gonflement du tendon d'Achille. Ces douleurs pourront persister après la convalescence. La langue ne devient saburrale que vers le deuxième jour : il existe un état de nausée, de la constipation : la congestion pulmonaire existe souvent. L'auteur se demande si l'épidémie actuelle qui sévit à Paris ne présente pas de grandes analogies avec la dengue, et s'il ne serait pas plus juste de dire que c'est à la dengue qu'on a eu à faire.

M. Brouardel. — Sans chercher si cette épidémie est ou non la dengue, il trouve qu'elle présente tous les symptômes de la grippe, telle qu'elle a été décrite par Ozanam dans le dictionnaire en 1830. Si la dengue a quelques ressemblances avec la grippe, on peut dire que la suette a également des points communs avec la grippe, et pourtant on décrit comme deux maladies distinctes la grippe et la suette. M. Brouardel insiste sur ce point, que le virus de la grippe a été en s'exaltant, en allant d'un individu à l'autre, fait qui n'est pas signalé par les auteurs.

M. Netter parle des analogies qui existent entre la dengue et la grippe. En Orient, dans l'épidémie dernière de dengue, l'éruption a fait presque toujours défaut, les pneumonies étaient fréquentes, et la dengue ressemblait à ce que dans nos pays on appelle la grippe. Pour M. Netter, l'épidémie actuelle est une épidémie de grippe.

M. Proust. — Les épidémies de grippe peuvent se diviser en deux groupes les *petites épidémies*, épidémies catarrhales, que nous avons vues, et les *grandes épidémies*, comme celle de 1889-90, qui est la copie de celle de 1837 : au début on ne parle que de grippes nerveuses, bénignes ; c'est ce que nous avons vu cette année ; en 1837, au bout de quinze jours, apparaissent des localisations pulmonaires graves ; l'épidémie actuelle a évolué comme celle de 1837, et doit être appelée non pas dengue mais grippe.

M. Napias croit également qu'il faut l'appeler grippe : il est regrettable que la dengue ne se soit pas appelée *grippe des pays chauds*.

M. Cartaz fait une communication sur *les affections de la gorge dans la grippe*.

M. Löwenberg lit un travail sur *les affections de l'oreille dans la grippe*.

Dr Martha.

Nominations. — M. le Dr Abadie (Jean-Baptiste) est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Mirande.

VARIA

Association médicale mutuelle du département de la Seine

(*Assurance entre médecins en cas de Maladie*) (1).

Dimanche, 2 février, a eu lieu, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole de médecine, la réunion annuelle des membres de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fondée par M. le Dr Gallet-Lagoguey. Cette œuvre si utile, et qui, depuis sa fondation, a rendu de si réels services, est aujourd'hui en pleine prospérité. Nous sommes heureux d'en féliciter hautement les organisateurs.

La séance s'est ouverte à 3 heures précises. M. le Dr Lagoguey, retenu par la maladie, n'a pu y assister. Néanmoins, l'un des secrétaires a donné lecture de son discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Dans nos précédentes assemblées, nous avons pu, dès nos premières paroles, vous manifester notre satisfaction et notre joie en constatant le succès et la prospérité croissante de notre œuvre.

Aujourd'hui, nous nous sentons plus autorisés encore à nous en réjouir. Les résultats de l'exercice 1889 ont dépassé nos prévisions les plus optimistes; ils nous permettent de vous annoncer que l'avenir de l'Association mutuelle est désormais assuré..... Pendant le mois de décembre dernier, huit de nos confrères, gravement atteints, ont été contraints de cesser tout exercice professionnel. De ce chef, nous avons payé 98 journées d'indemnité. En ajoutant à ce nombre 31 journées versées à l'un de nos jeunes confrères, malade depuis de trop longs mois, nous constatons, pour décembre seulement, une dépense de 1.290 fr. (plus du tiers du total payé pour indemnités pendant toute l'année), alors que les cotisations de 149 associés participants produisaient, pendant ce même mois, une recette de 1.490 fr., d'où un excédent de 200 fr. Nous pouvons vous annoncer que, pour le mois de janvier, période du déclin et de l'extinction de l'épidémie, les résultats financiers sont plus favorables encore. Nous n'avons, en effet, payé que 830 francs pour 83 journées d'indemnité. »

M. le Dr Lagoguey rappelle ensuite que la province a organisé aussi l'assurance-maladie entre médecins. Un grand nombre de projets sont à l'étude, notamment dans la Haute-Garonne, la Gironde, l'Allier, la Loire, les Vosges, la Somme, le Maine-et-Loire, la Seine-et-Oise et l'Oise. Il engage vivement ses confrères à concentrer « leurs efforts d'activité et de propagande, afin de développer de plus en plus, ce qui est une condition de prospérité et de richesse de l'œuvre, son effectif et sa cohésion. »

La parole est ensuite donnée à M. Rondeau, signalant que l'augmentation des adhérents pour l'année 1889 n'a été que de 32 membres. Nous serions heureux, comme l'a dit l'honorable secrétaire, de voir ce chiffre s'accroître chaque année. Dans un très intéressant travail, dont la publication a été votée à l'unanimité, M. Rondeau a fait une étude très approfondie sur les améliorations de la Société. Il en a donné une analyse qui a été chaleureusement applaudie de toute l'assemblée.

« Vous savez, a-t-il dit, que notre Association repose sur ce principe : « Toute Association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autre charge, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accidents, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie. » — C'est ce principe que je voudrais vous mettre en état de défendre en toute connaissance de cause contre les objections dont il peut être l'objet et dont les deux principales sont : 1° Que le principe est faux et que la pratique ne peut pas confirmer la théorie ; — 2° Que la cotisation est trop forte, et, qu'avec moitié moins, on pourrait obtenir le même résultat.

Avec la plus grande netteté, M. Rondeau combat ces objections, car au bout de dix ans de participation, une indemnité proportionnelle au capital-réserve est versée aux héritiers (veuve, ascendants ou descendants directs) de l'associé décédé. Il explique sur un graphique disposé à cet effet que le principe de l'Association est excellent. Nous regrettons, vu le manque d'espace, de ne pouvoir reproduire complètement l'intéressante étude de M. Rondeau, dont nous attendons la publication ; nous en citerons seulement les conclusions ainsi résumées :

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, n° 10, 1886, n° 46, p. 1.004 ; — 1888, n° 4, p. 73 ; et 1889.

« 1° La moyenne générale des risques de maladie, de 25 à 70 ans, est de 8, 96 journées (frais de gestion compris) (1). C'est à cette moyenne qu'il faut s'en tenir.

2° C'est à 61 ans que les risques couvrent la cotisation, et que, même si tous les associés avaient cet âge, l'Association peut facilement marcher.

3° Il faudrait que tous les associés eussent plus de 61 ans (ce qui est inadmissible) pour qu'il y ait déficit.

4° En comparant les risques de déficit avec les risques de bénéfice, l'avenir est absolument assuré. »

Dans le cours de sa démonstration, exposée très nettement et très clairement, M. Rondeau a fait remarquer l'analogie existant entre les chiffres de gestion de l'*Association médicale des médecins anglais*, fondée par M. Hart, l'habile directeur du *British medical Journal*, et aujourd'hui en pleine prospérité, et ceux de l'*Association mutuelle des médecins de la Seine*, dont le fonctionnement est identique.

Nous serons heureux de rendre compte, lors de son apparition, du travail de M. Rondeau, qui, nous n'en doutons pas, sera apprécié à sa juste valeur.

La séance s'est terminée par la lecture du compte financier. L'Association possède aujourd'hui 31.000 fr., qui, dès aujourd'hui, avec les recettes mensuelles, peuvent faire face pour 1890 au paiement de 4.700 journées de maladie. Ces chiffres ont leur éloquence, et nous souhaitons toujours un succès croissant pour cette œuvre qui, nous l'espérons, se généralisera dans les départements et y trouvera de fervents adeptes.

A. ROUSSELET.

L'épidémie de Grippe.

I. — *Bactériologie de la Grippe et de ses complications.*

Les travaux sur la bactériologie de l'influenza continuent à voir le jour. Signalons encore la communication de Weichselbaum à la *Société império-royale de médecine de Vienne*. (Séance du 31 janvier 1890).

L'orateur a exprimé l'opinion qu'il se peut que l'influenza soit causée par un microbe encore inconnu et que les complications de la maladie soient dues au micro-organisme de la pneumonie trouvant des conditions favorables de culture dans le corps du malade.

D'autre part, à Zurich, M. le Pr Klebs aurait découvert dans le sang de malades atteints d'influenza un grand nombre de monades (?), semblables aux organismes qui déterminent la fièvre intermittente.

II. — *L'épidémie à l'étranger.*

L'épidémie est en très forte décroissance à Strasbourg ; les cas nouveaux deviennent de plus en plus rares, sans cependant avoir complètement disparu. Les admissions à l'hôpital sont de moins en moins nombreuses. La mortalité qui, dans la semaine du 12 au 18 janvier, avait atteint 120 décès (un chiffre qui n'avait pas été constaté depuis de longues années), est retombée la semaine dernière à 80 (58 dans la semaine correspondante de l'année 1889). — Une dépêche de *Buenos-Ayres*, en date du 2 février, dit que l'épidémie de l'influenza sévit dans cette ville.

A *Rome*, l'épidémie sévit encore avec une certaine violence ; la maladie se présenterait, dit la *Revue scientifique*, avec les caractères de la Dengue, et des éruptions très fréquentes précéderaient les complications pulmonaires.

III. — *Les anciennes épidémies de grippe.*

La grippe est, pour les Parisiens, une connaissance beaucoup plus vieille qu'on ne croit. Nous pouvons ajouter à son historique cette épidémie citée par Gordon de Genouillac (Paris à travers les siècles, t. I, 1879, p. 247). « En février 1414, pendant la guerre des Armagnacs et des Bourguignons, il se développa un vent de bise si contagieux qu'il donna la coqueluche à la généralité des habitants. La toux était tellement universelle que le Châtelet et le Parlement durent interrompre leurs séances ; les présidents et les avocats ne pouvaient plus parler, et les vieilles gens qui étaient atteints de cette terrible coqueluche mouraient presque tous. » — L'épidémie de janvier 1780 fut plus bénigne, on l'appela « la coquette » ; pourtant, l'Opéra fut obligé de faire relâche, et le jour des Rois il ne se trouva pas de chantres à Notre-Dame pour les offices (*id.*, t. IV, p. 1. (Al. P.).

A rapprocher des passages suivants du *Journal de Nicolas de Baye*, greffier au Parlement de Paris (1400-1417). Nicolas de Baye a noté, durant le temps de ses fonctions, tous les accidents qui ont interrompu le cours de la justice royale :

« Samedi XXVI jour d'avril (1404) cedit jour, estoient presque tous messeigneurs du Parlement malades de reume ed fièvre tout ensemble, par une pestilence d'air qui a couru et côurt depuis l'entrée du présent mois, telle que peut on trouver pauvre ni riche, et par espécial à Paris, qui ne se sente de cette maladie, les uns plus, les autres moins ; ed par espécial en la Chambre du Parlement, aux jours des plaidoiries, à telle tousserie de tous côtés qu'à peine le greffier, qui a été surpris de la dite maladie à VIII heures, peud enregistrer au vrai .. — Lundi Ve jour de mars (1414). Ce dit jour, n'a point eté plaidoié ; ni n'avait aucun avocat, ni procureur, ni partie par le palais pour une moulde griève maladie qui généralement courait par Paris, par laquelle la teste et tous les membres dolaient et souffraient l'en moult fort reume. Et entre les autres moi-même ne dormit de toute cette nuit et ne me puis soutenir de la douleur de la tête, des reins, des côtes, du ventre, des bras, épaules et jambes, et me griève sans mesure la sécheresse qui est, qui par espécial est ennemie à ma complexion, en quelque saison que ce soit. »

Voici encore un document nouveau relatif à cette épidémie de mars 1414, que nous trouvons dans le *Temps*. Il est extrait du *Journal d'un bourgeois de Paris* (1408-1449), et il a, sur les renseignements donnés par Nicolas Baye, l'avantage de fournir des détails pittoresques au sujet de l'épidémie :

« Si advint par le plaisir de Dieu qu'un mauvais air corrompu chut sur le monde, qui plus de cent mille personnes à Paris mit en tels, qu'ils perdirent le boire, le manger et le reposer, et avoient très forte fiebvre deux ou trois fois le jour, et espécialement toutes les fois qu'ils mangeoient ; et leur sembloient toutes choses quelconques amères, et très mauvaises et puantes ; et toujours trembloient où qu'ils fussent ; et avec ce, qui pis estoit, on perdoit tout le pouvoir de son corps que on n'osoit toucher à soy de nulle part que ce fust, tant estoient grevés ceux qui de ce mal estoient atteints ; et duroit bien sans cesser trois sepmaines ou plus et commença *à bon escient* à l'entrée du mois de mars audit-on et le nommoit-on le *tac* ou le *horion*.

« Car, avec tout le mal devant dit, on avoit la toux si fort, et le rhume et l'enroueure qu'on ne chantoit qui rien fust de hautes messes à Paris... Et quand ce venoit sur la guérison, ils jetoient grand'foison de sang par la bouche et par le nez et par dessoubs, qui moult les esbayssoit, et néantmoins personne ne mouroit ; mais à peine on pouvoit personne estre guéri : car, depuis que l'appétit de manger fut aux personnes revenu, si fust-il plus de six sepmaines avant qu'on fust nettement guéri. Ne physicien nul ne sçavoit dire quel mal c'estoit. »

Essai de mobilisation partielle du personnel et du matériel de l'Association des Dames françaises.

La Tente-Ambulance exposée l'an dernier par l'Association à l'Esplanade (1) des Invalides a complètement réalisé les espérances des médecins pendant les chaleurs de l'été ; elle est restée aérée, suffisamment fraîche et très solide. On s'est demandé si, pendant l'hiver, elle résisterait aux intempéries et si le chauffage et l'aération y seraient possibles. D'un autre côté le mobilier en fer, spécialement construit pour le service de cette tente, est-il pratique? résisterait-il à l'usage malgré sa légèreté ? Enfin le personnel instruit par l'Association a t-il réellement acquis les qualités qui permettent de compter sur lui en cas de guerre ? Le conseil de l'Association a résolu de donner une réponse expérimentale à ces importantes questions. L'Association des Dames françaises poursuit un but de patriotisme agissant, de charité pratique ; elle n'a pas reculé devant un essai de mobilisation qui ne peut s'effectuer qu'avec le dévouement d'un grand nombre de Dames, et une dépense importante. La Tente-Ambulance a été transportée à Neuilly, boulevard de la Saussaye, 19 *bis*. 16 lits y ont été installés. Le personnel d'infirmières, de surveillantes, est à son poste. Les médecins qui depuis 12 ans lui donnent un concours généreux et constant, ont organisé le service médical, les malades sont arrivés et le 20 janvier l'hôpital est entré en activité. Les résultats sont enregistrés avec soin ; l'expérience est décisive et l'Association rendra ainsi un réel service à l'organisation des secours en cas de guerre, elle passe de la théorie à l'application ; elle paie généreusement de sa personne et de sa bourse pour le plus grand bien de notre chère armée. Il est inutile de faire ressortir l'importance exceptionnelle de cet essai de mobilisation ; tous ceux qui ont réfléchi à la rapidité qui caractérise les événements de la guerre à notre époque la comprendront sans peine. Entreprendre une si lourde tâche dans la saison rigoureuse, sans y être poussé par les nécessités de la

(1) Les frais de gestion s'élèvent cette année à 3 fr. 90 par sociétaire. *Association anglaise*. Rapports (897 membres).

(1) Voir dans le *Guide médical à l'Exposition universelle de 1889*, publié aux bureaux du *Progrès médical*, (3e fascicule), la description de cette Tente-Ambulance, qui y est étudiée dans tous ses détails.

guerre, mais en agissant comme si elles étaient urgentes, nous parait un acte digne des plus grands encouragements. Aujourd'hui nous le signalons simplement au public ; bientôt nous ferons connaître comment cette patriotique entreprise aura été exécutée (1).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Poirier, Retterer; —(2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss.- 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes; — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier; —(2e partie) : MM. Potain, Marie, Letulle.

MARDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e de *Doctorat* 2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Hutinel, Chantemesse ; — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Debove, Quinquaud.

MERCREDI 12. —Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Reynier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM Ch. Richet, Retterer, Marie. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM Pinard, Segond, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

JEUDI 13. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Hutinel, Quinquaud

VENDREDI 14. — 1re *de Doctorat* : MM. Regnauld, Villejean, Fauconnier. – 3e *de Doctorat*, oral 1re partie) : MM. Pinard, Poirier, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Fournier, Strauss, Déjerine; — (2e *Série*): MM. Potain, Brissaud, Chantemesse.

SAMEDI 15. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Debove, Campenon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Schwartz, Brun ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Quinquaud — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM Panas, Nélaton, Bar; — (2e partie) (2e *Série*) . MM. Peter, Ballet, Netter. (1re *Série*) : MM. Duguet, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 12. — M. Robineau-Duclos. Les incisions chirurgicales du rein. — M. Franche. De la pleurésie consécutive au phlegmon de la paroi thoracique. — *Jeudi* 13. — M. Coffin. Etude sur le rein des tuberculeux et la néphrite tuberculeuse en particulier. — M. Bruhl. Contribution à l'étude de la syringomyélie. — M. Berger. La chirurgie du sinus sphénoïdal. — M. Decressac Contribution à la chirurgie du cerveau. — M. Dahlepyl. Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance. — M. Conte Le pouls capillaire, sa pathogénie, sa valeur séméiotique. — M. Planet. Tumeurs osseuses du cou. La septième vertèbre cervicale de l'homme. — M. Boyer. Du cœur forcé dans l'infanterie de marine. — M. Benoist. Enrythème vermillon syphilitique du voile du palais. — *Vendredi* 14. — M. Garnier. Des abcès chauds Pathogénie et traitement antiseptique. — M. Richer. De la périodontite expulsive et de son traitement. — M. Ortholan. De quelques déformations au spina ventosa.

Enseignement médical libre.

Cours à l'usage des médecins de la réserve et de l'armée territoriale. — En vertu du décret du 19 décembre 1889, l'avancement à tous les grades de la hiérarchie est exclusivement donné au choix, et le choix est fixé par un examen, auquel tout médecin aide-major de 1re classe doit prendre part, s'il veut être en mesure d'arriver au grade de médecin-major de 2e classe dans la réserve et de médecin principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

En vertu de la note ministérielle, en date du 28 décembre, l'examen aura lieu dans tous les chefs-lieux de corps d'armée, au début de l'inspection générale, (c'est-à-dire en mai) et les demandes d'admission à l'examen doivent être adressées, avant le 1er mai, au directeur du service de santé du corps d'armée de la localité habitée par le candidat.

Le lundi 17 mars, à 4 heures 1/2, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, Chaussée d'Antin, le docteur P. BOULOUMIE commencera un cours en 8 leçons, qui sera continué les lundis et vendredis suivants, à la même heure, et portera sur toutes les questions inscrites au programme dressé par le ministre de la guerre. Il comprendra :

a) Exposé général de l'organisation et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne;

b) Commentaires de lois, décrets, règlements sur le recrutement, l'organisation, l'administration de l'armée, l'état des officiers, l'organisation et le fonctionnement du service de santé.

c) Notions sommaires d'hygiène militaire, de maladies des armées, de blessures de guerre.

Les médecins qui désirent suivre ce cours sont priés d'en informer le Dr P Bouloumié, 36, rue de Penthièvre.

Les étudiants en médecine aspirant au titre de médecin auxiliaire y seront également admis.

Cours de Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera son cours de technique microscopique et de diagnostic d'anatomie pathologique, le 17 février, à 8 heures du soir, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 (lundi, mercredi, vendredi). — Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les recherches microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

NÉCROLOGIE

M. le Pr Charles-Frédéric-Otto WESTPHAL (de Berlin).

Nous annoncions dans notre dernier numéro la maladie du célèbre neuropathologiste berlinois, M. le Dr WESTPHAL ; après de longues souffrances, il vient de succomber le 27 janvier 1890.

Les journaux allemands, qui nous annoncent sa mort, paraissent tous encadrés de noir. C'est que Westphal jouissait à Berlin d'une très haute situation dans le monde médical, situation qu'il méritait d'ailleurs par le nombre et la valeur de ses travaux.

Né à Berlin le 23 mars 1833, fils d'un médecin de cette ville, le Dr Westphal (né en 1800, mort en 1879), Charles-Otto-Frédéric Westphal commença ses études médicales à Berlin en 1851 ; puis il alla, à la mode allemande, suivre de-ci de-là les cours de professeurs célèbres à Heidelberg et même à Zurich. Choisi comme assistant civil, en 1857, pour l'hôpital de la Charité de Berlin (service de la variole), il fut nommé médecin assistant en 1858 au service des maladies mentales, où il eut pour maîtres Ideler, von Horn, Griesinger. Reçu privat-docent de psychiatrie en 1861 à l'Université de Berlin, il occupa d'abord le poste de médecin dirigeant du service de la variole (1868). Professeur extraordinaire en 1869, il fit des cours sur les maladies nerveuses et cérébrales ; en 1874 il fut nommé professeur ordinaire de psychiatrie. La plupart de ses travaux ont été publiés dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dans les *Virchow's Archiv.*, la *Berliner Klinische Wochenschrift*, les *Charité-Annalen*, le *Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin*. Depuis 1868, il rédigeait les *Arch. für Psychiatrie und nerven Krankheiten*. Ses mémoires se rapportent surtout aux maladies de la moelle, à la paralysie générale des aliénés et à divers sujets de pathologie nerveuse ; il a décrit le premier l'agoraphobie. On connaît le signe dit de Westphal. On nous pardonnera de ne pas insister davantage sur les trouvailles de ce médecin éminent. Voici la liste de ses principales publications : *Künstliche Erzeugund von Epilepsie bei Meerschweinchen.* —*Affection des Nervensystems nach Pocken und Typhus.*— *Ueber einige durch mechanische Einwirkung auf Sehnen und Muskeln hervorgebrachte Bewegungserscheinungen* (Knie Fussphänomen). — *Ueber combinirte (primaïre) Erkrankung der Rückenmarkstränge* (Berlin, 1879). — *Ueber eine Art paradoxer Muskel-Contraction.* — *Ueber Verschwinden und Localisation des Kniephänomens.* — *Ueber prim, Erkrankung der Seitenstranglahnen.* — *Ueber eine dem Bilde der cerebro-spinalen grauen Degeneration*, etc., *ähnliche Erkrankung ohne anat. Befund*, etc., etc. M. B.

SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — Sont nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat : Au grade de médecin-inspecteur de 2e classe, M. Treille, médecin en chef de la marine. Au grade de médecin en chef de 1re classe, M. Kermorgant, médecin principal de la marine.

(1) Tous les membres de l'Association peuvent visiter l'ambulance les mardis, jeudis et samedis, de 2 à 4 heures. Les personnes étrangères à l'Association doivent être munies d'une carte signée de la Présidente, d'un des membres du Conseil ou de l'une des Dames inspectrices. Les consultations ont lieu : le matin, de 9 à 10 heures, et le soir, de 4 à 5 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 janv. 1890 au samedi 1er fév. 1890, les naissances ont été au nombre de 1199 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 477 ; illégitimes, 149, Total, 626. — *Sexe féminin :* légitimes, 407 ; illégitimes, 166, Total, 573.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 janv. 1890 au samedi 1er fév. 1890, les décès ont été au nombre de 1046 savoir : 555 hommes et 491 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 2. T. 5. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 1, F. 8 T 9. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 10, F 14. T. 24. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 15, T. 36.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 159, F. 80, T 239 — Autres tuberculoses : M. 13. F. 10 T. 23 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T, 5. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 12. T. 33. — Méningite simple : M. 19, F. 21, T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 15, F. 28, T. 43. — Paralysie : M. 2, F. 5. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 29. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 15 T. 37. — Bronchite chronique : M 24, F. 20. T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 18. T. 31. — Pneumonie : M. 23. F. 28. T. 51. — Gastro-entérite, biberon, M. 20, F. 17. T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 3. T. 11, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1. T. 2.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4 T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale : M. 21, F. 11, T. 32. — Sénilité : M. 10, F. 34. T. 44.— Suicides : M. 11, F. 7, T. 18. — Autres morts violentes : M. 4. F. 5. T. 9. — Autres causes de mort : M. 113. F. 78. T. 191. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 3, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 8. Total : 41. — *Sexe féminin :* légitimes, 16; illégitimes, 5. Total : 21.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Vacances.* — Les cours de la Faculté de Médecine seront suspendus le lundi 17 et mardi 18 février 1890. — Ils devront reprendre le mercredi matin. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, une chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de physique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1890, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

ECOLE DE MÉDECINE DE BREST. — *Troubles.* — Les étudiants en médecine de la marine se sont livrés, à la suite d'un punch, à des scènes de désordre qui ont nécessité l'intervention des soldats du poste de la préfecture maritime. Le café concert Parisien et le café-concert Lafargue ont eu une partie de leur matériel démoli. Une enquête est ouverte.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le 10 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Nancy.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Pesth.* — Le ministre de l'instruction publique d'Autriche-Hongrie a déclaré, en réponse à une question qui lui a été posée à la Chambre des députes hongroise, qu'il a décidé depuis quelques jours déjà l'adjonction d'un Institut Pasteur à l'Université de Pesth.

Troubles aux Universités de Naples et de Rome. — De nouveaux désordres ont eu lieu à l'Université de Naples. Les étudiants en médecine de l'hôpital Jésus-Marie ont protesté contre la présence de la force publique dans le voisinage de la clinique. Malgré les exhortations de l'un de leurs professeurs, ils ont déchiré l'écharpe d'un delégué de la sûreté publique. Le professeur s'étant porté garant de l'ordre, la force publique a évacué les abords de l'hôpital. Le Conseil académique a maintenu sa décision relative à la clôture de l'Université. Les étudiants arrêtés dans des démonstrations précédentes seront jugés. Les étudiants de Rome ont tenu un meeti ng et ont voté un ordre du jour blamant l'invasion de l'Université de Naples par la force publique. — Dans une autre réunion, ils ont voté l'envoi aux étudiants napolitains d'un télégramme pour offrir l'hospitalité à Rome à ceux qui voudraient quitter Naples.

Troubles universitaires à Cracovie et à Lemberg. — Une certaine agitation règne dans le monde universitaire de Cracovie. Le 27 janvier, dans la matinée, un certain nombre d'étudiants ont pénétré dans la salle où M. Rostafinsky, professeur de botanique, faisait son cours et ont couvert sa voix. Tout ceci est causé par l'expulsion de quelques étudiants hors de la Faculté de Cracovie. L'agitation s'est communiquée aux étudiants de Lemberg. Les membres d'un de leurs cercles ont résolu, dans la journée du 28, d'envoyer un télégramme à leurs camarades de Cracovie, pour leur faire part de l'indignation qu'ils ont ressentie à la nouvelle de l'expulsion des trois étudiants de Cracovie et leur annoncer qu'ils ont ouvert une souscription au profit de ces expulsés. Les élèves de l'Ecole polytechnique de Lemberg se sont associés à ce mouvement. Le calme n'est pas encore rétabli à Cracovie. Les étudiants se sont réunis, au nombre de plus de mille, et, après une discussion fort orageuse, ils ont rédigé une pétition qu'ils ont adressée au sénat de l'Université et dans laquelle ils ont prié le sénat de remplacer le recteur par un de ses collègues animés de sentiments plus bienveillants pour les étudiants. A la suite de cette démarche, le recteur a demandé et a obtenu que la cour de l'Université soit occupée en permanence par un détachement de troupes chargé de disperser tout groupe qui tenterait de se former dans cette cour.

Etudiants de Madère (Troubles). — Les étudiants de l'île Madère ont fait à travers les rues de Funchal des manifestations semblables à celles de Lisbonne, à propos des événements politiques que l'on sait. D'une maison habitée par des Anglais on a jeté de l'eau sur les étudiants; ceux-ci ont jeté des pierres sur la maison.

Université de Prague. — Un crédit de 800,000 florins a été demandé par le ministre d'Autriche-Hongrie pour la construction d'une nouvelle Université à Prague.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.* — Ce Concours sera ouvert le lundi 24 mars 1890, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 24 février 1890, et sera clos définitivement le lundi 10 mars, à trois heures.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES. — L'Association des Dames françaises a pensé qu'en raison des circonstances elle pourrait porter secours aux déshérités en établissant jusqu'à la fin de février sa tente-ambulance à Neuilly, boulevard d'Argenson. Consultations médicales gratuites de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin et le soir à 4 heures. (Voir plus haut).

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE A VIENNE. — Ce congrès, présidé par M. Nothnagel (Vienne), aura lieu du 15 au 18 avril 1890.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le Dr J. Lyon (St-Domingue), est nommé officier d'académie.

EPURATION DES EAUX. — La Chambre a pris, samedi dernier, en considération la proposition de M. Barbe, relative à l'ouverture d'un crédit de 200,000 francs pour la mise au concours des divers systèmes d'épuration d'eau.

HABITATIONS A BON MARCHÉ. — Une réunion, dans laquelle on s'est occupé de l'importante question des habitations à bon marché, a eu lieu, dimanche 2 février, à trois heures, dans la grande salle de l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. Jules Simon. M. le Dr Jules Rochard a pris la parole et a prononcé un très éloquent discours sur la question : « Si l'on arrivait, a dit le Dr Rochard, à se débarrasser, dans les grandes améliorations urbaines, de ces « terrains de culture des maladies épidémiques », l'hygiène générale s'en ressentirait forcément. Et, à ce point de vue, l'œuvre des habitations à bon marché est capitale : les résultats obtenus à Londres, par exemple, sont des plus encourageants. Quatre sociétés disposant de ressources s'élevant à plus de 120 millions ont construit des immeubles dans lesquels sont logées 23.000 familles comprenant plus de 100.000 personnes. Or, on a constaté que, sur 10.000 familles, soit sur 50.000 personnes, les décès annuels avaient diminué d'un millier et que le nombre des malades avait rétrogradé de 10.000 à 5.000. Si l'on calcule les avantages matériels que la population ouvrière de Londres a obtenus, on trouve que la valeur des journées de travail conservées au commerce ou à l'industrie de la grande cité dépasse de beaucoup l'intérêt des capitaux consacrés à l'édification des maisons salubres et à bon marché. » La Société française des habitations à bon marché comprend des membres fondateurs versant une somme

d'au moins 1.000 fr., et des membres titulaires dont la cotisation annuelle a été fixée à 20 francs. Les souscriptions peuvent être adressées au trésorier, M. Charles Robert, 15, rue de la Banque.

HÔPITAUX DE LÉPREUX AUX INDES ANGLAISES. — Les malheureux atteints de la lèpre vont avoir lieu de se réjouir du voyage du prince Albert-Victor aux Indes. A l'occasion de cette visite, sir Duishaw Petit offre un lac de roupies (un lac de roupies vaut 100,000 roupies; la roupie vaut environ 2 fr. 40), pour la construction d'un hôpital de lépreux à Bombay. Le nabab Unaghad a promis de créer un établissement du même genre dans la province de Kattywar. A Calcutta, la souscription pour un asile similaire a déjà atteint 45,000 roupies.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — Une proposition de M. Déjardin-Verkinder, député du Nord, tendant à la création d'*hôpitaux-hospices cantonaux*, a été déposée sur le bureau de la Chambre des Députés.

LA MÉDECINE ET LES BEAUX-ARTS. — Les Médecins que les Beaux-Arts intéressent pourront voir, à la galerie Georges Petit (Exposition de la Société des Aquarellistes), rue de Sèze, une belle aquarelle de Vibert : *le Médecin malade*. M. Besnard y a exposé aussi ses cartons pour les *vitraux de l'Ecole de pharmacie*. Cet artiste comprend vraiment l'art de la décoration.

LE CHOLÉRA EN EUROPE. — On écrit de Rome qu'un cas de choléra, suivi de mort, a été constaté, il y avait quelques jours, à l'hôpital de San-Spirito. On avait déjà relaté un cas de choléra sporadique qui s'était produit à Bologne.

LES MÉDECINS JUGÉS PAR EUX-MÊMES. — M. Armand Després, parlant des grandes commissions à la Chambre, a dit : « C'est en vain qu'on parle de l'utilité qu'il y aurait à réunir les spécialités. C'est un danger au contraire. Réunissez trente médecins, dit l'orateur, qui est chirurgien lui-même, ils n'arriveront pas à faire une bonne loi sur la médecine. » M. Després nous permettra d'être d'un avis absolument contraire. D'ailleurs, un paradoxe de plus ou de moins, que lui importe, pourvu qu'il parle !

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Les *femmes docteurs* seront désormais admises, dit le *Concours médical*, au concours des Bureaux de bienfaisance.

MÉDECIN CLANDESTIN. — Le parquet de Château-Gontier, saisi des plaintes d'un grand nombre de personnes, vient d'ouvrir une enquête sur un fait bizarre et monstrueux qui s'est produit dans la région. Un de ces individus qui, dans les campagnes, exercent clandestinement la médecine, avait une façon toute particulière de soigner ses malades. Il allait dans les cimetières, ramassait les os desséchés, prenant de préférence les crânes humains. Il faisait bouillir ces ossements, les pulvérisait et les donnait en poudre à ses clients pour certaines maladies spéciales. Il y a encore beaucoup, dans les campagnes, de ces prétendus médecins, de ces sorciers jeteurs de sorts. Qu'on n'épargne pas celui-là !

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de Bukharest dirigé par M. le Pr Assaky et intitulé la *Clinica*. — On nous adresse aussi le premier numéro d'une nouvelle publication : *La Voix parlée et chantée*, due à M. le Dr Chervin.

Nous avons en outre reçu cette semaine les premiers numéros d'un nouveau journal de science. Son titre : *Revue générale des sciences pures et appliquées* indique quel est son but. Il est dirigé par M. Louis Olivier, docteur ès sciences ; il paraîtra deux fois par mois à la librairie O. Doin. Un journal de ce genre pourrait être appelé à un réel succès s'il était compris d'une manière un peu différente. Nous demandons pardon à M. Olivier de donner ainsi notre avis quand il ne nous interroge pas : mais il nous semble que pour une revue de pareille envergure, qui doit comprendre tant de choses, la partie médico-chirurgicale est un peu trop considérable. Y a-t-il beaucoup de mathématiciens qui s'intéresseront au traitement du prolapsus rectal par la *Proctopexie ?* (Voir 1er numéro). Il y a tant de bonnes choses à dire, nous semble-t-il, — et personne ne les dit — dans le domaine des sciences biologiques pures, que cette *Revue des sciences* ferait peut-être bien de s'en tenir là. On a déjà accusé la *Revue scientifique* d'être trop médicale ! Que M. Olivier y songe, s'il tient au succès, ce que nous lui souhaitons sans détour. Il sera plus facile à obtenir en sciences pures qu'en médecine ! M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.—Séance de lundi 10 février 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la Salle des Référés. — *Ordre du Jour*. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. Rapport de la Commission chargée de l'examen du droit de réquisition des médecins. — M. Horteloup, rapporteur. M. Gilles de la Tourette : Ecchymoses spontanées ; — Etat mental des hystériques. — Communications diverses.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.—La prochaine réunion de la Société aura lieu le 5 mai 1890.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — *Sommaire du n° de février 1890.* — A. FOUILLÉE : L'Evolutionnisme des idées forces. — A. BINET : La concurrence des états psychologiques. — ADAM : L'imagination dans la découverte scientifique d'après Bacon. — LESBAZEILLES : Un paradoxe psychostatique. — G. SOREL : Esthétique et psychophysique. — E. GLEY et L. MARILLIER : Sur le sens musculaire.

NÉCROLOGIE. — M. GUENETTE, ancien médecin-pharmacien, décédé à Orléans, à l'âge de 68 ans. — M. L.-J. ANDRÉ, l'architecte bien connu, auquel on doit, entre autres travaux, les bâtiments des reptiles du Muséum.—M. le Dr ANGLADE (de Bordeaux). — M. le Dr FÉLIX (de l'Isle-sur-Orgue). — M. le Dr J.-E. ADAMS, chirurgien à Londres. — M. le Dr MORTON, professeur à l'Anderson's College (Médecine), de Glasgow. — M. le Dr GALIA (Malte). — Nous apprenons aussi la mort de M. le Dr Guillermo RAWSON, homme d'Etat de la République argentine, et de M. Melchior NEUMAYN, professeur de paléontologie à l'Université de Vienne. — Le corps médical de Strasbourg vient de perdre un de ses vétérans, M. le Dr Charles GERHARD, mort à l'âge de quatre-vingt-un ans, après avoir pratiqué la médecine pendant plus d'un demi-siècle dans sa ville natale. Il a légué à l'hôpital de Strasbourg la somme de 120,000 francs. — M. le Dr FARGEIX (St-Etienne-aux-Clos). — M. le Dr ANDRIEU (Paris). — M. le Dr COLIEZ (de Longwy), l'un des doyens du corps médical français, décédé à l'âge de 88 ans. C'était un géologue et un numismate distingué, dont on ne manquait pas de visiter les collections. — M. le Dr MARCET, ancien médecin consultant des Eaux de Luchon, médecin érudit et écrivain de talent, dont nous avons signalé déjà l'intéressant volume où il a consigné ses impressions de voyage en Afrique. Il avait échoué aux dernières élections sénatoriales du Gers. — M. le Dr T. PUEL, décédé le 28 janvier, d'une complication pulmonaire, suite de la grippe, à l'âge de 77 ans. Il était membre fondateur de la Société de botanique et de la Société philomathique. On lui doit un mémoire sur la *Catalepsie*, couronné par l'Académie de médecine. Il a dirigé pendant quelques années la *Revue de psychologie expérimentale*. — M. le Pr Buyse BALLOT, le célèbre météorologiste hollandais, vient de mourir à la Haye, à l'âge de soixante-treize ans. Il a occupé pendant quarante ans la chaire de météorologie de l'Université d'Utrecht. En 1854, il fonda l'Institut royal hollandais de météorologie, et en 1857 il a déterminé les lois qui régissent la direction des vents. En 1873 il a proposé un système international uniforme pour les observations météorologiques.

COURS PUBLIC ET GRATUIT DE CLINIQUE D'HOMÉOPATHIE, par le Dr JOUSSET, hôpital St-Jacques, ruelle Volontaire (rue de Vaugirard, 227. Ce cours a commencé le dimanche 19 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, et se continuera tous les dimanches à la même heure. Le professeur exposera le traitement homéopathique de la grippe.

CLIENTÈLE MÉDICALE importante à céder, aux portes de Paris. S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. GOUPY et JOURDAN, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 7. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 FÉVRIER 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Asile Clinique (Sainte-Anne). — **M. MAGNAN.**

Leçons cliniques sur le Délire chronique à évolution systématique (1) (*Suite*);

recueillies et publiées par MM. les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés.

QUATRIÈME LEÇON

Sommaire. — Rareté des hallucinations de la vue. — Troubles de la sensibilité générale. — Leur fréquence.

Observation II. — Longue durée du délire (34 ans). Période d'incubation : Illusions ; période de persécution ; troubles de la sensibilité générale (électricité, magnétisme, vitriol). — Hallucinations de l'ouïe. — Période ambitieuse. — Troubles de la sensibilité génitale.

Observation III. — Hallucinations de l'ouïe et du sens génital. — Réactions violentes ; accusations vagues se précisant peu à peu ; désignation d'un persécuteur.

Observation IV. — Période de persécution ; hallucinations de l'ouïe, de l'odorat; troubles de la sensibilité générale (hypnotisme, suggestion, téléphone) ; écho de la pensée ; réactions diverses.

Les hallucinations de la vue, les moins fréquentes, ne sont cependant pas absolument rares ; la plupart des auteurs en ont observé et nous en trouverons chez quelques-uns de nos malades, le plus souvent elles sont éveillées par une idée obsédante. Quant aux troubles de la sensibilité générale ils se montrent quelquefois en même temps que les hallucinations de l'ouïe, ils peuvent même les précéder et faire naître les idées de persécution. Ils sont excessivement fréquents et les malades font part des souffrances provoquées par leurs ennemis en disant : qu'ils les brûlent, qu'ils les piquent, qu'on les magnétise, qu'on les électrise, qu'on les endort, qu'on leur donne des gaz, etc. Quelquefois ces troubles de la sensibilité générale poussent les patients à prendre des attitudes étranges : un malade, que nous avons vu il y a quelques années, se disait *temporalisé :* sa fiancée avait glissé dans son corps par un orifice de la région temporale, superposant ses organes aux siens, les yeux aux yeux, le nez au nez, l'ombilic à l'ombilic, etc..., et, comme il se trouvait dans un service d'hommes, cette double personnalité, homme et jeune fille, le mettait dans le plus grand embarras. Au moment du lever et du coucher il s'empressait, avec la pudeur d'une jeune fille, de tirer sa chemise et de se coucher ; il avait habituellement dans le service une attitude spéciale : il tenait constamment ses jambes croisées pour protéger sa virginité.

Le sujet suivant, dont le délire dure depuis 34 années, va nous montrer d'une façon très nette une longue période d'incubation avec inquiétude, illusions et interprétations délirantes, survenant chez un homme dont la santé générale et intellectuelle a été excellente jusqu'à 30 ans ; puis apparait la deuxième période de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue (appoint éthylique), troubles de la sensibilité générale : on l'électrise, on le magnétise, on lui lance des jets de vitriol, on charge sa femme d'électricité pour lui donner des secousses ; il a des craintes d'empoisonnement, crache dans des bouteilles qu'il porte à la Préfecture de police; ses insulteurs dialoguent entre eux. Séquestré à cinq reprises, il est entré depuis quelques années dans la période ambitieuse. Des hallucinations de l'ouïe lui apprennent qu'il obtiendra 75,000 francs à titre de dédommagement.

Obs. II. — Le malade C..., âgé de 64 ans, est entré, pour la première fois, dans les asiles, en 1873, atteint de délire avec idées de persécution ; depuis, il y est revenu cinq fois et toujours le même délire évolue et se combine peu à peu, avec des idées ambitieuses.

Antécédents héréditaires. — Père et mère normaux, intelligents. Les frères et sœurs s'entendent très bien entre eux, tous ont vécu à la maison très tard ; la famille est restée unie jusqu'au bout et encore aujourd'hui il n'y a que le malade qui ait quitté le pays et qui ne voit plus ses frères. Tous élèvent de nombreux enfants qui se portent bien. Seule une mère est sujette à des crises convulsives, probablement épileptiques.

Antécédents personnels. — Le malade, dont la jeunesse s'est passée très régulière, est toujours resté sobre et n'a fait aucune maladie sérieuse. Il est allé à l'école jusqu'à 13 ans et a toujours été dans les premiers. L'instituteur le faisait venir le soir pour faire la classe aux adultes. Il s'entendait bien et jouait volontiers avec tous ses camarades ; tout le monde l'aimait au village. A sa sortie de l'école, il devint clerc d'huissier et resta deux ans et demie chez le même patron. Il le quitta pour aller chez un de ses cousins, qui lui offrait des appointements plus élevés. Il passa six mois chez celui-ci et, à 16 ans, un de ses parents, marchand de vins, le voyant actif et intelligent, l'invita à venir à Paris. La révolution de 1848 et la mort de son patron le forcèrent, quelques années après, à chercher un nouvel emploi. Il put enfin retrouver une place de clerc d'huissier, à Blois, où il resta quatre ans ; il était dans les meilleurs termes avec son patron, s'intéressait aux affaires dont il avait à s'occuper, et savait remplacer son maître pendant ses absences.

Il revint à Paris en 1854, pour se marier. C'était alors, dit sa femme, un homme d'un bon caractère, d'humeur gaie, aimé de ses camarades. Mais le ménage ne fut pas longtemps heureux ; C... ne tarda pas à devenir pointilleux, sombre, boudeur ; c'est à peu de temps de là que semble débuter sa maladie. En 1857, il remarqua des malversations à l'étude, ses camarades commençaient à le regarder de travers, ils avaient l'air de se méfier de lui et de le prendre pour un mouchard. Quittant alors son emploi, il resta chez lui et travailla à une machine à coudre avec sa femme ; mais, dit celle-ci, il n'a jamais eu de travail sérieux, il est toujours inquiet, en mouvement, il sort, rentre, monte, descend : il refuse d'aller travailler chez les autres. Bientôt les voisins se mirent de la partie, ils lui étaient désagréables, tenaient de mauvais propos sur son compte; toutefois il prenait patience, n'y prêtait pas grande attention parce que ses affaires marchaient bien, dit-il. A cette époque, son beau-frère venait assez souvent à la maison et il a eu des soupçons sur sa conduite vis-à-vis de sa femme. Un jour, rentrant chez lui, il les trouva seuls, étonnés et surpris de son arrivée. Il engagea sa femme à se tenir un peu à distance parce que, disait-il, son beau-frère était assez souvent en ribotte. En 1859, il assiste à une séance de magnétisme, on lui fait des passes et pendant vingt-quatre heures il a mal à la tête. Il comprend alors qu'on peut faire du mal par le magnétisme. Vers cette époque on s'est mis à lui envoyer de la teinture électrique et du magnétisme. A peu de temps de là il a commencé à entendre de

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889.

mauvaises paroles. « Voilà un cocu qui passe, etc. » De 1860 à 1870, il a été presque constamment « tourmenté, touché par leurs machines », mais ne soupçonnait pas qui pouvait le faire. Il entendait dire : « Si un ne suffit pas on se mettra quatre, cinq, même cent mille s'il le faut. » Sa femme se souvient qu'en 1869 il sortait tous les soirs, une arme dans sa manche. Un soir, il prit une grosse clef et revint quelques heures après la figure pâle, la chemise ensanglantée, disant : « Celui-là ne me traitera plus de cocu, je lui ai fendu la margoulette. »

En 1870 il se retira chez sa sœur; bientôt il devint boudeur, il ne voulut plus parler à son beau-frère : il eut même une violente scène de jalousie avec lui; les chuchottements lui disaient que son beau-frère lui prenait sa femme. En 1871, il revint à Paris, on lui offrit une place d'huissier de la Commune; on l'a su, et plus tard, quand on l'arrêta c'était pour cela. A partir de 1870 il n'eut plus un moment de répit; il était debout toutes les nuits, s'installait dans un coin et observait fixement d'un côté ou de l'autre. Il ne voulut plus coucher avec sa femme; quand elle passait près de lui, quand elle lui serrait la main, il s'essuyait immédiatement. « Ils l'ont pestiférée, disait-il, et veulent s'en servir comme de transmission pour m'atteindre moi-même. » On chargeait sa femme d'électricité pour lui donner des secousses. A la moindre observation de celle-ci, il répondait que c'étaient elles « les pétroleuses » qui la faisaient parler. *Ils* le persécutaient constamment au moyen du magnétisme et de l'électricité. Il s'entoure de toutes sortes de précautions, achète une ceinture de Pulvermacher, porte un corset avec des aimants, isole son lit sur des pieds de verre, porte des chaussettes de soie, etc. En 1873, il va se plaindre chez le commissaire. Un professeur de magnétisme installé au-dessous de chez lui, agit sur lui par l'électricité, ça craque dans ses membres, ça l'empêche de dormir. On dirige vers lui des jets de lumière électrique, ça lui fait venir la poitrine toute violette; ça vient des fenêtres du voisinage, mais il ne connaît pas les personnes. Dans l'escalier on lui disait des mots à double entente : « Parler est d'argent, le silence est d'or. » « La prudence est mère de la sûreté. » On l'arrête et il entre à l'asile, d'où il sort quelques mois après, un peu plus tranquille, mais toujours délirant. En 1875, nouvelle arrestation, il commence à croire que ces persécutions sont organisées par son beau-frère. Celui-ci, disait-il, avait autrefois fait dissoudre des allumettes dans du vin qu'il lui avait fait boire. En 1878, il se plaint d'empoisonnement, il est arrêté parce qu'il porte à la Préfecture des bouteilles dans lesquelles il avait craché, et qu'il avait cachetées; elles contiennent, dit-il, le poison. Il reste des mois entiers sans se laver, sans changer de linge, ne se sert jamais d'eau sans la faire bouillir, prétendant qu'elle est empoisonnée. Il écrit constamment sur des petits papiers qu'il conserve et qui doivent servir de documents. En 1880, ce sont toujours les mêmes tourments; des craintes d'empoisonnement, de l'électricité et du magnétisme. Il n'a pas voulu faire partie de la Commune, aussi les barricadeurs, l'internationale dont les chefs sont teinturiers, corroyeurs, etc., lui jettent de la teinture électrique, de la pourriture électrique. A Vaucluse et à Sainte-Anne ils lui envoyaient de la bave de fou, de la pourriture qui puait le fou. Tout cela marche par la « délirante » ce sont des somnifères, la morphine, le vitriol. En 1883, il a su que c'était T. et Cie et les teinturiers qui le tourmentaient. En passant devant la teinturerie, il sentit un jet de vitriol rose, très fort, venant par derrière et le piquant vivement. Il interpella T. qui ne répondit pas. Le même jour, un autre lui a envoyé une nouvelle fusée de couleur verte, également désagréable; c'est l'internationale, « les retours de Nouméa ». Ils se servent aussi de photographies électriques, ils font voir des masques de chien, de cheval, etc. Il entend des injures de toutes sortes qu'on lui adresse, il a des dialogues avec ses insulteurs. Ils lui ont dit qu'ils avaient tué son père, il est mort tué par un cheval « vertigoté », un cheval électrisé (son père a été tué en voulant arrêter un cheval emporté. Sa mort lui paraissait très naturelle et s'ils ne lui avaient pas dit qu'ils étaient cause de sa mort, il n'y aurait jamais pensé.) Un de ses enfants, mort à 4 ans, a été tué par la pourriture électrique, les veines de son ventre étaient d'un rouge de vitriol. Il entend des conversations des insulteurs entre eux. Il les entend quelquefois « s'engueuler », dit-il. Ils injurient le gouvernement; ils appellent le Président « Sadi-Ruine », la République « Ruine publique » ce sont des communards qui lui en veulent parce qu'il a refusé d'être des leurs.

Il y a plus de dix ans on lui a, dit-il, promis 25.000 fr. comme indemnité des souffrances qu'on lui a fait subir. Les uns l'injurient, d'autres le soutiennent en lui déclarant qu'il doit recevoir une somme en dédommagement. Depuis 2 à 3 ans, il est question de 75.000 fr. L'Internationale est assez riche pour payer tout cela, on le lui a dit. Quelques-uns le protègent et lui disent des choses bienveillantes, « il faut qu'on le paye puisqu'on l'a tourmenté. » Ils lui disent que les 25, les 75.000 francs sont à Genève, à Londres, à Bruxelles, ils ont des millions, des propriétés cachées partout, ils peuvent bien le payer.

Dans le service, il est réticent, inquiet par moments. De temps à autre, il a des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale, mais il s'en défend: « Je n'ai plus rien dit-il, ce sont des niaiseries, ce n'est plus comme autrefois; du reste je sais à quoi m'en tenir, je me résigne maintenant, que voulez-vous que je fasse, je les laisse dire, ça ne m'avance à rien de les écouter, j'ai 65 ans et il y a 32 ans que ça dure. »

Les hallucinations du sens génital ne sont pas rares, surtout chez la femme, mais les hommes n'en sont pas exempts; ils se plaignent assez souvent de pratiques de sodomie, d'onanisme, auxquelles leurs ennemis se livrent sur eux aussi bien le jour que la nuit. Les femmes se plaignent encore plus souvent des outrages dont elles sont l'objet, la nuit, même dans leur lit, à côté de leur mari. Elles prennent toutes sortes de précautions : l'une d'elles s'emmaillotait tous les soirs pour échapper aux attouchements. Une autre, que nous avons eue ici, se couchait sur le côté, plaçant tout le bassin dans une marmite pour se protéger contre ses exécrables tourmenteurs qui, toutes les nuits, disait-elle, lui introduisaient des corps étrangers de toutes sortes, dans les parties sexuelles et le fondement.

Voici un cas dans lequel les troubles de la sensibilité génitale étaient très accusés :

Obs. III.—M..., Jeanne, 30 ans. Père paralysé à 55 ans.— Sœur mélancolique. — Depuis 3 ans et demie, M... prétend qu'on lui a fait des misères, qu'on altère ses aliments, qu'on pénètre chez elle, qu'on lui fait entendre des publications mensongères de mariage. Peu à peu aux hallucinations se sont ajoutés des troubles de la sensibilité génitale : les voisins et le portier la font, avec une poudre, tomber en léthargie et pendant son sommeil se livrent sur elle aux actes les plus obcènes, prostituant sa bouche qu'ils lavent ensuite pour ne pas laisser de traces; ils introduisent des cuillers, des fourchettes, des couteaux dans son vagin; ils lui lancent des lavements empoisonnés et lui cousent l'anus; puis ils déchirent tout et lui introduisent un bâton dans le rectum. Pendant son absence ils pénètrent chez elle, et, devant son portrait, se livrent à des actes lubriques; ils souillent de leurs pollutions ses aliments et ses boissons. On la surveille, on guette tous ses mouvements et l'on se moque d'elle. On tourne en ridicule un petit défaut qu'elle a sur son corps; pendant son sommeil, on est venu, dit-elle, lui couper les lèvres. Exaspérée par ces infamies, elle a injurié les gens de la maison et elle a poursuivi une voisine avec un couteau. La malade est vierge. Tels sont les caractères généraux et la marche des troubles sensoriels et des hallucinations chez les délirants chroniques.

Nous avons vu comment procède le délire proprement dit chez nos malades. A la fin de la période d'incubation, les illusions, les interprétations maladives, les hallucinations et les troubles de la sensibilité générale par leur persistance et leur ténacité font cesser toute hésitation, la conception erronée s'installe, s'affirme et le délire prend corps. Les idées délirantes considérées dans leur ensemble suivent une marche régulière ; d'abord vagues, diffuses, très étendues, elles se circons-

crivent, se limitent et deviennent, à la longue, nettes et précises. *Ils*, *on* (indéfini), telles sont les locutions dont se servent au début les persécutés ; le délire est mal formulé et le malade ne désigne ses ennemis que par des termes vagues. Plus tard il précise davantage, il circonscrit son observation, et pour rendre compte des tourments qu'il endure, il accuse un groupe d'individus, c'est la police, les francs-maçons, les jésuites, les médecins, les membres d'une société, les frères de la côte, les nervis, les teinturiers, comme disent deux de nos malades ; ou bien il attribue ses souffrances aux grandes forces naturelles : à l'électricité par exemple, et, dans un autre ordre d'idées, aux puissances occultes, à la magie, à la sorcellerie, aux diables, aux fées, aux sorciers, aux esprits.

D'autres sont, pour ainsi dire, à l'affût des découvertes nouvelles dont le côté mystérieux leur permet plus facilement d'expliquer les sensations étranges qu'ils éprouvent : ils parlent de téléphone, de microbes, de magnétisme, d'hypnotisme, de suggestion. Tel est le malade dont l'observation suit. Après une période d'incubation activée par une pointe d'alcoolisme et caractérisée par des interprétations délirantes et des illusions il est, depuis un an, en pleine période secondaire, avec des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale qu'il attribue à l'*hypnotisation*, on lui lance des *gylades de strychnine*. Signalons les hallucinations unilatérales gauches, le dialogue, le phénomène de l'écho de la pensée, les suggestions au suicide qui lui viennent de ses persécuteurs, les réactions différentes motivées par son délire : changement de domicile, port d'un couteau, destruction de deux billets de 100 fr., de sa moustache que veulent avoir ses ennemis.

Obs. IV. — Sau.... Léon, 46 ans, rentier.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Après de bonnes études classiques, M. S... est reçu bachelier ès lettres et entre, après concours, dans l'administration des tabacs, où il reste dix ans. En 1869, il donne sa démission pour aider son père dans la gestion de ses fermes. Après la mort de celui-ci, en 1880 (il est alors âgé de 39 ans), il prend à son service une femme, noue des relations avec elle et l'établit ensuite avec son mari dans une boutique d'épicerie. Les B..., trouvant qu'il ne donne pas assez d'argent, récriminent, menacent, et, après de vives discussions, Sau... quitte le pays en 1885, pour échapper aux poursuites et aux exigences de ses protégés.

Depuis quelque temps, S... était intempérant, et aux inquiétudes et aux craintes causées par les B... venaient s'ajouter de l'insomnie, des cauchemars et des frayeurs provoqués par les excès de boissons (pointe d'alcoolisme dans la période d'incubation).

Dès le lendemain de son arrivée à Paris, il se croit poursuivi dans les rues par B... et une bande à son service ; effrayé, il descend rapidement de la voiture où il venait de monter, et s'enfuit ; il rentre à l'hôtel où il reste enfermé deux jours, ne sort que pour prendre le train et arrive à Lyon. Durant trois jours il reste tranquille parce qu'il croit avoir échappé à la surveillance de ses ennemis (et aussi parce qu'il devient sobre). Il part pour Genève où il habite un an, sous un faux nom, pour ne pas être découvert par B... ; toutefois, de temps à autre, il a des illusions, il croit l'apercevoir, mais redresse lui-même son erreur. Il prend d'ailleurs, dit-il, de grandes précautions ; il va pourtant porter lui-même ses lettres pour son frère qu'il adresse à une tierce personne, au plus prochain bureau de poste français pour ne pas éveiller l'attention de la buraliste de Vitré qui eût pu en faire part à B... Il va ensuite à Annecy, mais là, dans un café, un lieutenant l'a, dit-il, regardé de travers, et peu s'en fallut que... Il part pour Grenoble, et peu de jours après son arrivée, deux capitaines le regardent de travers et se moquent de lui. Il vit très retiré sous un faux nom nouveau. En 1887, il arrive à Marseille, sous le nom de Luc Séverine ; là se termine la période d'incubation avec ses illusions. Il entre alors dans la deuxième période avec les hallucinations et les idées de persécution tendant de plus en plus à la systématisation.

Il est suivi par des nervis (voyoux), il entend leurs voix, ils le persiflent. On lui dit qu'il est hypnotisé par des substances nuisibles que la police de sûreté a mis dans son vin. Dans ces voix il croit reconnaître celles des « frères de la côte », gens voulant jouir de tout sans travailler, faisant partie de la police de sûreté, qui, « s'envoultent », qui font tout au nom de Belzebuth et qui hypnotisent et suggestionnent le suicide à autrui, pour s'emparer de son argent. Il est filé sans relâche par des agents de la sûreté. Partout où il va, ceux-ci le persiflent disant : « Oh ! comme il marche bien, comme il est fort, il pose, etc... »

« On l'hypnotise par l'ouïe » en le tournant sans cesse, en l'exaspérant par la répétition incessante des mêmes injures. Ses ennemis se succèdent pour les lui répéter et lui lancer des gylades de jusquiame, de scammonée, de strychnine par des trous percés dans le mur. Seul, nous explique-t-il, l'hypnotisé peut entendre l'hypnotiseur, même à distance, ce qui fait que nous qui sommes près de lui ne l'entendons pas. L'hypnotiseur peut le suivre et lui parler partout au moyen d'un petit miroir concave dans lequel il voit son image ; pour lui parler, il n'a alors qu'à appliquer un tuyau dans l'oreille de son image. Il peut l'entendre avec les deux oreilles, mais aussi seulement et mieux d'un seul côté (côté gauche.) On peut aussi se servir pour l'hypnotisme par l'ouïe de tous les bruits imaginables surtout rythmés ou continus, on parle ainsi par les battements d'une pendule « vous a-vez rai-son, co-chon » ; par le bruit de la chute d'eau d'un robinet ouvert dans une salle de bains ; tantôt les voix sont noyées dans le bruit des roues des wagons, tantôt enfin on peut utiliser les battements du cœur, etc...

Sau... distingue très bien les voix naturelles des voix hypnotiques : ces dernières sont basses et, transmises par les tuyaux de la police de sûreté, s'accompagnent d'un bruit de « pappotement... pap pap » dû au bruit des lèvres dans le tuyau. Enfin les voix hypnotiques ne sont que le contrôle et le miroir de sa pensée, elles n'inventent rien qu'il ne sache, et s'il prend son mouchoir, se contentent de le constater disant : « Tiens, il prend son mouchoir. » Les gylades de strychnine lui sont lancées à l'aide de seringues de Pravaz. Un jour il en perçut le choc sur un livre qu'il tenait ouvert et s'écria à son persécuteur « ah ! le maladroit. »

Comme on devine sa pensée il doit employer des précautions toutes particulières quand il s'agit d'échapper à ses ennemis : et prie son frère, quand il est question de son changement d'asile, de lui laisser ignorer ou de le tromper sur le futur lieu de résidence, craignant que son persécuteur ne l'y suive ; « sans cela, dit-il, me changer d'asile ne servirait à rien et tout autant vaudrait me laisser à Sainte-Anne. »

En juillet, entendant constamment sous ses fenêtres un charivari épouvantable par les tuyaux ou les voix, il se résoud à aller coucher à l'hôtel et le lendemain part pour Aix. En chemin de fer, à son arrivée à Aix, partout les voix le suivent. Lorsqu'il monte dans l'omnibus, il entend l'un des chefs des frères de la côte qui s'écrie : « Cet homme est fou ! » Il rencontre un nervi qu'il croit avoir été envoyé de Marseille pour le forcer à se battre et dont la voix le suit partout. Des voix hypnotiques lui apprennent qu'il est sous le coup d'un mandat d'amener et, pour l'honneur de sa famille, lui suggestionnent le suicide. On accable sa famille d'injures : « Tous ceux que j'ai aimés écrit-il, ou que je puis aimer encore, notre mère, notre père, et cela d'une façon révoltante que ma plume se refuse à consigner ici, toi-même, mon frère, les R..., G..., T..., L..., et autres de notre famille, tous les miens en un mot ont été systématiquement et sans pitié traînés dans la boue. »

Les persécuteurs, d'autre part, sont tous des gens qu'il a connus à Vitré. Leur but, croit-il, c'est de l'affoler pour avoir de l'argent. « Pour me laisser tranquille, ils ont demandé 20.000 fr., puis 5.000 fr. et à Sainte-Anne 3.000 fr. » A table d'hôte il prend les convives pour des magistrats et des policiers chargés de le poursuivre. La nuit il ne peut dormir entendant sans

cesse les voix : « Tu n'es qu'un saligaud, un pédéraste, un faux républicain. »

« Ton frère a violé une petite fille.... si j'étais toi, je me tuerais. »

En se déshabillant pour se mettre au bain, il les entendait se moquer de lui et l'appeler « tabou » (être sacré) parce que son prépuce ne recouvrait pas son gland et que dans l'érection le scrotum rétracté sur ses testicules les lui faisait croire collés à son corps. Alors il s'agenouille, fait une prière, se signe et essaye de se noyer dans sa baignoire, sa tentative ayant échoué, il entend les voix lui dire : « Puisque tu t'es raté, tu ne vivras que pour le déshonneur » et elles lui proposent pour le lendemain de l'empoisonner, ce qu'il accepte. A deux reprises différentes il prend des boissons qu'il croit empoisonnées. Les voix devenant plus énervantes, il passe de la défensive à l'offensive, entoure le manche de son couteau d'un mouchoir afin d'attaquer ses ennemis et les voix lui disent aussitôt avec dérision : « En ne se sert pas d'un couteau dans l'infanterie de marine. » Plus tard c'est le nervi qui regrette d'être cause de la noyade : « Est-il possible, lui dit-il, qu'un homme qui a accompli trois sauvetages se noye dans une baignoire ! » puis il l'entend s'en aller en chantant. Pendant la nuit, ayant entendu le nervi lui dire qu'après sa mort il lui couperait les moustaches qu'il avait longues et belles, qu'il les collerait sur un morceau de papier et les promènerait par la ville disant que c'étaient celles du Général Boulanger, il les brûla à la flamme d'une bougie.

De retour à Marseille, les voix lui ayant appris que les scellés avaient été apposés sur sa chambre, il va se loger au grand hôtel. On lui donne une chambre au 4me étage, mais la persécution continue. « Les frères de la côte, dit-il, avaient loué les 3 chambres environnantes. » On lui conseille le suicide « par projection dans le vide, on veut qu'il se poignarde. » Ces deux moyens lui répugnent. Les voix lui disent que s'il sort, comme il a changé son nom à Marseille et à Grenoble, le juge d'instruction lui infligera 500 fr. d'amende et 15 jours de prison, il reste alors 3 jours sans sortir de l'hôtel.

Une femme prend un bain dans une salle près de la sienne, il croit entendre dans le bruit de l'eau qui tombe et s'écoule « tu n'es qu'un saligaud, ouf..., etc. » A tout instant il change d'hôtel parce qu'on l'insulte; on lui crie en imitant la voix de son frère : « Descends donc, charogne, descends donc...» Il croit que c'est le juge d'instruction caché sous ses fenêtres. Il répond par des injures et aussitôt il entend la voix de son frère lui dire : « Ah ! c'est indigne, traiter ainsi son pauvre frère venu de si loin. » M. R... continue à l'hypnotiser et, imitant la voix de son frère, lui fait parcourir plusieurs hôtels pour le trouver.

Chaque jour il s'entend menacer d'une instruction. Les voix lui parlent par les tuyaux, l'envoient d'une prison à l'autre, sa valise à la main, pour se faire incarcérer.

Il change encore d'hôtel, « on simule une bataille sous ses fenêtres pour le pousser au suicide.» Il cherche à emprunter un revolver; puis il retourne dans son appartement, et comme c'est jour de fête et qu'il croit ses ennemis occupés ailleurs, il goûte un peu de repos.

Mais bientôt les gylades de strychnine recommencent et font tic... tic..., il se couche, ne peut dormir, songe de nouveau au suicide, et voyant une bouteille d'eau sédative... oubliée chez lui, il entend une voix lui dire : « Tiens cette bouteille » il se lève, constate qu'on lui a enlevé sa canne à épée... et alors boit deux grands verres d'eau sédative..., il vomit et se tord dans les douleurs, se frappe contre le mur, etc. Le lendemain il entend une voix lui dire : « Ah ! que j'ai ri de vos entrechats contre les murs, maintenant vous avez l'estomac perdu, nous viendrons bien à bout de vous. » Ses soupçons se portent ensuite sur son concierge que ses voix lui disent appartenir à la haute police.

Il va se plaindre au commissaire de police et au président du Tribunal.

En août, comme il avait entendu chanter sur l'air des lampions : « la sacoche, la sacoche, » il crut que les frères de la côte en convoitaient le contenu et il brûla deux billets de 100 fr. qu'elle renfermait. Il passe ensuite deux nuits atroces. V... lui envoie des gylades de jusquiame, de strychnine et remplit sa chambre de gaz méphytiques, d'odeurs d'urine, d'excréments, d'alun calciné, etc. Pour les éviter il passe la nuit dans une cuisine étroite. Il se décide alors à venir à Paris.

Pendant tout le trajet, les voix ne discontinuèrent pas et il s'amusait, dit-il, durant la route, à noyer les voix hypnotiques dans le bruit des roues du wagon.

A l'hôtel, ses persécuteurs, qui l'y ont précédé, l'hypnotisent par les tuyaux et les gylades ; les voix lui disent qu'il occupe à l'hôtel la chambre maudite ou un abbé s'est pendu, elles lui suggèrent le suicide. Alors il va réclamer protection à la Mairie. Là on l'adresse à la Préfecture de police où, pour se faire protéger, il annonce faussement qu'il y a un mandat d'arrêt contre lui. A l'infirmerie du Dépôt il croit retrouver un de ses persécuteurs, M..., de Marseille qui s'est fait arrêter tout exprès pour l'y suivre et qui lui parle par hypnotisme.

Arrivé au Bureau d'admission, il entend M... répondre d'une voix naturelle et non hypnotique. Quelques jours après ce dernier est transféré, S... le voit partir, mais les voix ne discontinuant pas, il le croit revenu dans la personne de deux autres malades.

Pendant l'examen du médecin, le malade entend M... par l'oreille gauche. « Tiens voilà qu'il dit mon nom. » M..., se dit de la police secrète de Marseille; il est à Sainte-Anne où il a changé de nom. M... lui met son vase de nuit sous le nez et aussitôt Sau... sent l'odeur de ce vase. Quelquefois il lâche des vents à distance et Sau... les sent. D'autrefois S... réagissant lance des gaz et aussitôt M... s'en plaint.

Dès que S... a une pensée, immédiatement M... la formule ou y répond. Dans une lettre écrite à son frère il raconte qu'on lui suggère de nouveau le suicide et il ajoute : « La persécution « par voix basses, suggestions, gylades, dont je souffre sans « répit depuis le 7 août, s'est continuée, même à Sainte-Anne. »

Le délirant chronique, comme le malade précédent nous le montre, arrivé à une certaine période de sa maladie, ne se borne plus à accuser un groupe d'individus, une société quelconque, mais, allant plus loin, circonscrivant davantage, désigne un personnage déterminé, M. X..., M. Z... C'est pour lui le chef de la persécution, c'est sur lui qu'il va faire retomber toutes les responsabilités.

A ce moment, fait important, non seulement dans la marche du délire, mais encore au point de vue pratique, le malade devient dangereux ; son attitude change et il commence à devenir lui-même persécuteur.

Quel que soit le mode de formation du délire, il conserve toujours le même caractère pénible. Cette disposition générale aux préoccupations tristes déteint sur les idées et les sensations du malade ; ses interprétations délirantes, ses illusions, ses hallucinations ne sont que le reflet des tendances générales primordiales, et, si parfois une hallucination paraît être le point de départ du délire, on ne doit pas oublier les dispositions morales qui la précèdent.

Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de dix mille francs (10,000 fr.) que le sieur Nativelle (Claude-Adolphe) a fait à cet établissement, par testament en date du 22 avril 1888. Cette somme sera placée en rente 3 0/0 sur l'Etat français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages à la fondation d'un prix annuel qui sera décerné au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Sauvinet (Léon-Ernest), préparateur de la chaire de zoologie (insectes et crustacés) au Muséum d'Histoire naturelle, est nommé aide naturaliste près la chaire de Zoologie (mammifères et oiseaux) audit établissement, en remplacement de M. Huet, admis à la retraite. — M. Barbier (Gustave-Henri) est nommé chef de la section de moulage au Muséum d'Histoire naturelle, en remplacement de M. Stahl, admis à la retraite. — M. Huet (Joseph), ancien aide naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, est nommé aide naturaliste honoraire.

PATHOLOGIE INTERNE

Hémiplégie sans lésions en foyer de l'encéphale;

par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — Le nommé B....., Victor, âgé de 67 ans, et exerçant la profession de coiffeur, entre le 18 janvier 1888 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lancereaux.

Au premier abord on constate chez ce malade tous les signes de l'arthritisme : varices, hémorrhoïdes, hernie inguinale double, troubles trophiques des ongles, blépharite ciliaire. L'examen de ses urines ne dénote rien de particulier, pas d'albumine. Atteint, il y a huit mois, d'une hémiplégie droite avec aphasie, le malade fut traité à l'hôpital Beaujon; deux mois après il sortait de cet hôpital ayant recouvré l'usage de la parole et capable d'exécuter quelques mouvements avec les membres auparavant paralysés.

Une nouvelle attaque est survenue la veille, une heure après son lever, et une hémiplégie droite, sans aphasie, l'amène aujourd'hui à la Pitié.

Couché dans le décubitus dorsal, le malade reste immobile, il ne peut changer de position. La face ne présente point de déviation, la langue est large, étalée et se met à trembler lorsque le malade la sort hors de la bouche, elle n'est point déviée. Les mouvements des paupières s'exécutent avec facilité; les pupilles sont dilatées et égales des deux côtés. La vue est affaiblie depuis deux ou trois ans, à ce que nous dit le malade, cependant il distingue bien les objets placés à une assez grande distance. Des deux côtés existe une blépharite ciliaire qui détermine un écoulement abondant de pus.

Les mains placées habituellement au-devant de la poitrine sont prises d'un tremblement ressemblant assez à celui de la paralysie agitante. Le pouce, en effet, se meut rapidement au-devant des autres doigts à demi-fléchis; ces mouvements sont saccadés et beaucoup plus accusés à droite qu'à gauche. Le malade peut lever les bras à une certaine hauteur; toutefois le bras droit est soulevé avec beaucoup de difficulté et il est pris de tremblement. La pression des mains est presque nulle aussi bien à gauche qu'à droite. Lorsqu'on essaye d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras, ou d'écarter le bras du tronc, le malade accuse une vive douleur, aussi bien d'un côté que de l'autre et l'on sent une résistance assez forte, comme s'il existait de la rétraction, plutôt que de la contracture. Les muscles qui sont alors tiraillés restent flasques, et sont d'ailleurs très peu développés.

Le malade n'accuse pas de douleurs spontanées dans les membres supérieurs; la sensibilité à la piqûre, au pincement, est conservée et parait même exagérée à droite.

Les membres inférieurs sont dans l'extension; le malade peut les fléchir légèrement, mais les soulève à peine au-dessus du plan du lit; si on veut forcer la flexion on sent une assez grande résistance et le malade accuse de la douleur. Les réflexes plantaires sont normaux ; les réflexes patellaires diminués des deux côtés. On constate de l'hyperesthésie à droite, à gauche la sensibilité est normale.

Pendant les mouvements volontaires, le membre inférieur droit se met à trembler ; donc léger degré de syncinésie. — Les sphincters sont impuissants et le malade perd ses urines sous lui.

L'intelligence est très affaiblie; si le malade répond assez bien aux questions qu'on lui adresse il a cependant perdu la mémoire et ce n'est qu'en interrogeant ses proches que nous apprenons que l'intelligence et la santé du malade ont été altérées à la suite d'un séjour forcé sur les pontons, en 1871.

Pendant la nuit, le malade a souvent du délire et pousse des cris incohérents, prononce des paroles sans suite et fait entendre des grincements de dents. Traitement à l'iodure de potassium.

1[er] *Février.* — Pas d'amélioration dans l'état du malade, il conserve l'attitude typique du vieil hémiplégique contracturé, son bras droit reste dans la demi-flexion, immobile, contracturé et douloureux. Le bras gauche se meut assez facilement et la main peut exercer une certaine pression. Le malade ne peut bouger de son lit.

15 *Février.* — Même état. La parole est assez bien conservée quoique le malade ait de la difficulté à prononcer certains mots.

1[er] *Mars.* — Le cou est raidi et contracturé, et au niveau du coude du bras droit on constate l'apparition d'une eschare.

15 *Mars.* — L'avant-bras droit et la main reposent sur la poitrine; l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras.

Au niveau du coude, on constate la présence de deux plaies : l'une, profonde, s'étend jusqu'à l'olécrâne qui se trouve ainsi mis à nu ; l'autre, d'un centimètre de diamètre, située sur le bord interne supérieur de l'avant-bras, est bordée de tissu cellulaire sphacélé. Ces plaies exhalent une odeur fétide.

Pansement à l'iodoforme.

20 *Mars.* — Les plaies du coude persistent, mais on remarque, en outre, sur le bord interne de la main, au niveau de l'éminence hypothénar, quelques plaques sphacélées.

1[er] *Avril.* — Les plaies du coude sont en voie de guérison, elles commencent à bourgeonner. Les mouvements du bras droit sont complètement abolis et on ne peut toucher à ce bras sans provoquer de vives douleurs.

Le bras gauche se meut avec assez de facilité ; la sensibilité est conservée des deux côtés; elle parait exagérée à droite. Le membre inférieur présente également de la raideur.

7 *Avril.* — Depuis hier au soir le malade est pris de phénomènes de contracture du côté de la face; il peut à peine entr'ouvrir la bouche et refuse tout aliment. A tout instant il grince des dents mais ne prononce aucune parole. Sensibilité bien conservée. Contracture des muscles du cou. Raideur du bras gauche et des membres inférieurs. La température qui, jusqu'à ce jour était restée normale, s'élève ce matin à 39°8. A 11 heures, le malade se trouve dans le coma, la bouche est entr'ouverte, les yeux demi-clos et il est plongé dans une sorte de sommeil d'où rien ne peut le sortir. On fait une piqûre d'éther.

8 *Avril.* — Ce matin le malade est dans un état relativement satisfaisant, bien que l'aphasie persiste, le malade reconnaît les personnes du service et sourit lorsqu'on lui demande de ses nouvelles. Les mâchoires sont fortement contracturées et à tout instant le malade fait entendre des grincements de dents. Le malade refuse tout aliment.

T° : 37°1.

9 *Avril.* — Même état, aphasie, grincement de dents ; tremblement des membres inférieurs.

10 *Avril.* — Le malade meurt à trois heures, après un coma de plusieurs heures.

AUTOPSIE. — On ne constate rien d'anormal que l'état artério-scléreux de l'aorte qui présente quelques plaques d'athérome. Les poumons sont empyséniateux et présentent aux bases quelques points purulents situés dans les fines bronches. Le cœur est gras et mou, sans lésions valvulaires. Il n'y a rien de spécial à noter à la rate, au foie, aux reins. Mais le point important, ce qui constitue une véritable surprise d'autopsie, c'est de ne trouver chez cet hémiplégique ancien aucune lésion de la surface des deux hémisplégies, des noyaux gris centraux, ni aucun foyer nettement visible dans la protubérance, quoique M. Lancereaux ait lui-même haché le cerveau dans toutes ses parties. La seule lésion à relever était l'athérome du tronc basilaire, tel qu'on le trouve habituellement chez les vieillards.

Les muscles et les nerfs examinés au niveau de l'eschare du coude étaient enflammés. Un fragment du lobule paracentral gauche, durci et coupé, n'a montré qu'une pigmentation abondante des grandes cellules pyramidales de l'écorce, lésion banale à cet âge.

RÉSUMÉ. — Dans cette observation recueillie soigneusement par l'externe de la salle, M. Malbec, on se trouve en présence d'un homme ayant eu deux attaques d'apoplexie, présentant une hémiplégie droite, ancienne et grave, avec contracture, eschares du coude et du petit doigt, mourant avec des accidents nettement cérébraux, et cependant il n'existait pas de lésions en foyer. L'année précédente, nous avons vu également, dans le service du D[r] Lancereaux, un cas analogue. Un homme âgé est apporté pour une attaque d'apoplexie avec hémiplégie. Il meurt en trois jours et, à l'autopsie, même surprise que ci-dessus. L'interprétation de ces cas est difficile, car, avec quelque soin que l'on fasse une autopsie, on peut laisser échapper un foyer très petit situé dans la protubérance de la partie supérieure du bulbe, aussi n'aurions-nous pas publié cette observation si nous n'avions trouvé un certain nombre de cas semblables, ce qui nous porte à croire que si nous nous sommes trompé, nous ne nous sommes pas trompé seul. Pour ne prendre que les faits publiés depuis l'histoire des localisations cérébrales, prenons, pour fixer une date, celle de la thèse de M. Lépine (1). Nous avons un certain nombre de cas à relever, et ces cas seraient sans doute plus nombreux, n'était la répugnance que l'on éprouve

(1) Lépine. — *De la localisation dans les maladies cérébrales.* Thèse d'agrégation, 1875.

à produire des faits négatifs. Enumérons. Brochin (1), Apoplexie, cancer, hémiplégie sans lésions nécroscopiques, sauf anémie de la substance cérébrale. (Rapportée in thèse Achard). Vulpian (2), Hémianesthésie consécutive à une perte brusque de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale, examen nécroscopique, aucune lésion intra-crânienne. (Une observation d'hémiplégie sensitive sans lésion de l'encéphale a été publiée également par Dulmont dans les *Archives de Médecine* de 1883). Jeslin (3), Syphilis, hémiplégie gauche complète; au bout de trois mois, coma, mort. A l'autopsie, rien à l'encéphale. Lecoq (4), Hémiplégie gauche dans l'ataxie, coma, mort; rien qu'une très petite cavité en forme de virgule dans la couche optique droite. Luys (5), Femme, 61 ans, congestion cérébrale avec hémiplégie droite passagère et aphasie ; pas de lésions de l'écorce, lésions diffuses du système artériel. Lépine et Blanc (6), Diabète, hémiplégie droite, amélioration progressive, tuberculose, mort à 45 ans. Lésions *seulement microscopiques* du côté gauche; diminution de nombre et de volume, pigmentation des cellules géantes, altérations indéterminées de la névroglie. Pitres (7), Trois ictus apoplectiques, mort, pas de lésions centrales. Achard (8), Hémiplégie droite chez un saturnin. Pas de lésions cérébrales (Obs. de Roussi résumée). Martinencq (9), Femme, 44 ans, maniaque; en 1884, hémiplégie durant un mois. En 1886, mort, rien à l'encéphale. Dupré (10). Femme, 87 ans, hémiplégie gauche, trois attaques successives, la dernière ayant duré 11 jours, mort, rien à l'encéphale, hystérie ancienne, sclérose rénale. Quoique ce fait soit attribué, par notre collègue Dupré, à l'hystérie, nous pouvons le considérer comme un cas d'hémiplégie sans lésions.

Les quelques observations très disparates que nous venons de résumer, n'ont entre elles qu'un point commun, l'absence de lésions nécroscopiques. Elles sont pourtant recueillies par des observateurs très différents, et sans parti pris.

Dans notre cas, il n'y avait pas d'anesthésie croisée, ce qui exclut le syndrome de Brown-Séquard. La seule chose qu'on pense incriminer, c'est l'athérome, mais il paraît avoir agi sans lésions des gros vaisseaux. MM. Joffroy et Hanot, dans une note présentée au Congrès d'Alger, admettent, pour la pathogénie d'états semblables, des accidents purement hyperhémiques ou des hémorrhagies capillaires. Le syndrome hémiplégie est étroitement lié aux fonctions du faisceau pyramidal, comme cela ressort des leçons de M. Charcot (11). Il n'y a pas d'hémiplégie chez le nouveau-né, comme l'a montré Parrot, parce que ce faisceau n'est pas encore développé. Chez l'adulte, un certain nombre de lésions disséminées sur une aire assez grande de la surface encéphalique peuvent provoquer le syndrome ; un foyer de l'insula y réussira, comme un foyer du lobule paracentral. Nous serions presque tenté de rapprocher l'hémiplégie qui se produit ainsi de l'accès d'épilepsie symptomatique d'une lésion intra-crânienne. Quand il n'existe pas une monoplégie associée, qui indique le point de départ, il peut être difficile de trouver le siège exact de l'irritation. Or, le cas que nous rapportons montre que le système pyramidal peut être lésé et produire l'hémiplégie sans lésions en foyer, et nous sommes obligés de sortir du domaine de l'anatomie pathologique et de nous contenter de l'étude de causes qui peuvent amener cet état. Dans notre cas, la cause à relever c'est l'athérome, comme dans celui de M. Luys. Nous avions pensé au mercure à cause du tremblement, mais les renseignements étaient muets à cet égard. Dans le cas de MM. Lépine et Blanc, c'est le diabète ; dans celui de Roussi, c'est le saturnisme ; dans ceux de Martinencq et de Dupré, c'est l'hystérie. MM. Raymond et Chantemesse ont montré que l'urémie pouvait aussi provoquer le syndrome hémiplégie. L'hémiplégie hystérique est bien connue, et Mlle Edwards vient d'indiquer que le tabes, le sclérose en plaques pouvaient, comme l'hystérie, provoquer une hémiplégie propre.

Si nous considérons, au point de vue de leur classement, les causes actuellement connues, capables d'amener le syndrome hémiplégie sans lésions en foyer, nous les trouvons tellement variables et différentes qu'il est impossible de s'en servir pour essayer de pénétrer le mécanisme de la perturbation du système pyramidal. L'hérédité neuro-pathologique y coudoie l'intoxication et l'athérome. Il nous est également impossible de dire s'il s'agit d'un phénomène réflexe puisque nous ne connaissons ni le point de départ ni le trajet du réflexe. Nous ne pouvons donc qu'attendre de nouvelles études.

(1) Brochin. — *Gaz. hôp.*, 1875, p. 186.
(2) Vulpian. — *Rev. de médecine*, 1881, p. 38, n° 1.
(3) Jeslin. — *Encéphale*, 1882, p. 251.
(4) Lecoq. — *Rev. médecine*, 1832, obs. 3, p. 492.
(5) Luys. — *Encéphale*, 1885, p. 271.
(6) Lépine et Blanc. — *Rev. médecine*, 1886, p. 167.
(7) Pitres; in thèse Stéciévieg, Bordeaux, 1886,
(8) Achard. — *Apoplexie hystérique*, thèse Paris, 1886, obs. 30,
(9) Martinencq. — *Annales médico-psychologiques*, mars 1887.
(10) Dupré. — *Soc. anat.*, 1888, série 5, t. II, p. 266.
(11) Charcot. — Œuvres complètes, t. IV, 1887, p. 185. Voir aussi Lenardo Bianchi: *Hémiplégie*, 1886.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Projet de loi sur l'exercice de la Médecine.

M. le Dr Chevandier a repris l'ancien projet de loi sur l'exercice de la médecine. Nous aurons l'occasion de revenir longuement sur ce projet de loi. Aujourd'hui, nous voulons nous borner à donner un renseignement sur l'une des modifications les plus importantes apportées à l'ancienne législation. Le projet de loi supprime les officiers de santé, conformément aux revendications à peu près unanimes de la presse spéciale et de la majorité du corps médical. Le projet de loi déposé naguère par M. Lockroy, ministre de l'Instruction publique, après avis du Comité consultatif d'Hygiène de France, maintenait, au contraire, les officiers de santé en les astreignant à aller exercer la médecine dans les campagnes et les petites villes. Depuis cette époque, a été promulguée la nouvelle loi militaire qui va rendre à peu près impossible l'exercice de la profession d'officier de santé qu'elle ne mentionne pas dans les articles concernant les carrières libérales. Il en résulte que les obligations militaires s'imposant complètement aux jeunes gens candidats à l'officiat de santé auront pour conséquence d'amener, dans un temps rapproché, la disparition complète des officiers de santé, dont le nombre d'ailleurs va progressivement en diminuant.

La question a été soumise de nouveau au Comité consultatif d'Hygiène qui a nommé une commission composée de MM. Brouardel, président; Bergeron, Bourneville, Chatin, Cornil, Paul Dupré, Gavarret, Grancher, A.-J. Martin, Monod, Nicolas, Proust et Regnault. Cette commission a examiné de nouveau et modifié le projet de loi. Elle a nommé M. Brouardel rapporteur, et, dans sa séance du 13 février, elle adoptait ce rapport et ses conclusions. L'article 1er est ainsi conçu:

Art 1er. — *Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de Docteur en médecine, delivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.*

Il est probable que le Comité consultatif tout entier, qui examinera le projet de loi dans sa séance du 24 février, adoptera les conclusions de sa commission. Le désaccord signalé par les journaux a donc cessé d'exister (1). B.

La Grippe chez les Enfants.

Tous les médecins qui ont assisté à Paris à l'épidémie de grippe de ces deux derniers mois ont été à même de constater que cette maladie sévissait surtout sur les adultes et les vieillards, et qu'en général elle épargnait les enfants. Cette observation, vraie pour la clientèle de ville, ne l'est pas moins pour la portion de population enfantine qui fréquente les hôpitaux ou les dispensaires. Mais bien qu'elle ait relativement épargné le jeune âge, la grippe en a cependant frappé un assez grand nombre d'enfants pour qu'on ait pu étudier la maladie à cette période de la vie et se rendre compte des traits par lesquels elle se distingue de celle de l'adulte et du vieillard.

Dans une statistique portant sur 218 cas, M. Comby trouve les filles figurant pour le chiffre de 124, les garçons pour celui de 94. Il n'y a peut-être là qu'un hasard de série, car chez les adultes, les hommes ont été atteints en plus grand nombre que les femmes. Mais il est possible aussi que cela corresponde à une tendance spéciale de la grippe pour le sexe féminin, tendance voilée chez l'adulte par la différence des travaux des deux sexes, les hommes se trouvant plus exposés à contracter la maladie que les femmes. Bien que la grippe frappe tous les âges, les nouveau-nés semblent jouir d'une immunité relative. Sur les 218 malades de M. Comby, 48 étaient âgés de 0 à 2 ans, 76 de 2 à 5 ans ; 94 de 5 à 15 ans. Ses calculs l'amènent à penser que la population infantile de Paris a été atteinte dans la proportion de 40 0/0. La maladie s'est d'ailleurs montrée d'une bénignité extrême, car sur le total de ses malades M. Comby n'enregistre qu'un décès. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ceux des hôpitaux d'enfants. Là, contrairement à l'attente, les salles, loin d'être encombrées de malades, sont restées relativement vides. C'est à peine si on y a vu quelques cas de grippe. M. Cadet de Gassicourt pour sa part n'en a pas eu plus de 12. Les bronchopneumonies, si fréquentes chez l'adulte, se sont montrées très rares et d'une bénignité exceptionnelle, car la statistique municipale ne porte pas plus de décès d'enfants par affections pulmonaires que dans les autres années. A Bicêtre, sur 400 enfants, M. Bourneville n'a eu qu'une trentaine de cas, sans aucune complication, alors que les infirmiers et les infirmières étaient frappés dans une proportion assez considérable. A la colonie d'enfants de Vaucluse, où il y a 120 enfants, le nombre des cas de grippe a été relativement considérable, environ une quarantaine. Cette forte proportion tient peut-être à la situation de la colonie, placée à une centaine de mètres de l'Orge, et par conséquent dans une atmosphère humide.

Les symptômes de la grippe infantile se sont distingués par la netteté de leurs caractères. Chez les nouveau-nés la somnolence et l'abattement dominent. A un âge plus avancé on trouve des symptômes nerveux et des troubles digestifs presque constants. Au début, céphalalgie vive, parfois atroce, si douloureuse et si persistante dans quelques cas qu'il était permis de penser à la méningite. Un certain nombre de petits malades ont présenté du délire nocturne et passager; quelques-uns, plus rares, des convulsions. Les vertiges et les lipothymies sont exceptionnels.

Beaucoup ont accusé des douleurs dans le dos, la poitrine, les genoux, une sensation de courbature générale. Les douleurs de ventre, la gastralgie, l'entéralgie, bien que plus rares, se sont montrées dans un assez grand nombre de cas. M. Comby signale un cas de torticolis très douloureux. Les troubles digestifs, les nausées et les vomissements ont existé dans beaucoup de cas. L'abattement, la prostration, moins accusés au début que chez les adultes, ont persisté plus longtemps chez les enfants après la période fébrile. Dans presque tous les cas, il y a anorexie, soif vive, état saburral très prononcé.

La gorge est rouge ; le pharynx est atteint de pharyngite érythémateuse diffuse, bien suffisante à expliquer la toux quinteuse, opiniâtre et sèche observée si souvent. La constipation est la règle. Plus rarement il se produit une diarrhée abondante et fétide. Une fois M. Comby a noté du melœna. Il n'y a pas de troubles du côté des annexes du tube digestif, pas d'hypertrophie de la rate. La fièvre n'a manqué dans aucun cas. Presque toujours l'invasion est brutale, mais rarement marquée par un frisson. La face devient turgescente, le pouls rapide (120 à 180) et la température monte dès le premier jour à 39° et au-dessus, car on a vu des chiffres de 40 à 41. Mais l'hyperthermie est passagère et les rémissions matinales sont très accusées. Le cycle fébrile, parfois très court (24 heures), peut s'allonger davantage (2 à 3 jours), et persister au delà même de cette limite (10 à 15 jours). Les oscillations du pouls ne sont pas parallèles à celles de la température. Chez quelques enfants, des sueurs se sont produites pendant une ou plusieurs nuits consécutives. Les urines sont rouges, acides, épaisses et chargées de sels, sans albumine ni sucre.

Les troubles respiratoires, inconstants et passagers manquent dans la majorité des cas.

La toux est le plus souvent due à la pharyngite, à la laryngo-trachéite, rarement elle reconnait pour cause le catarrhe bronchique. Le coryza est plus fréquent dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. Les éternuements, les enchifrènements sans flux pituitaire ont été plus rares. On a vu chez quelques enfants des épistaxis durant un ou plusieurs jours, mais jamais l'hémorrhagie n'a présenté de gravité inquiétante. Sur les 218 malades de M. Comby, 12 ont présenté des éruptions. Dans 4 cas il s'agissait d'herpès labial, une fois d'urticaire, deux fois de miliaire sudorale et d'érythème, trois fois de roséole, une fois d'érythème scarlatiniforme, une fois d'érythème morbilliforme. Aucune de ces éruptions n'a été suivie de desquamation notable. La maladie, nous l'avons dit, s'est montrée bénigne et s'est terminée, dans la plupart des cas, sans complications. Il faut pourtant signaler quelques faits

(1) Voir aux Varia, p. 142.

de bronchite bénigne et plusieurs bronchopneumonies qui ont pour la plupart guéri. Un garçon de 14 ans a présenté une hémoptysie qui d'ailleurs ne s'est pas reproduite. Les organes des sens n'ont pas été épargné. Du côté des yeux, M. Comby a noté 5 conjonctivites simples, 1 conjonctivite hémorrhagique, 4 conjonctivites vésiculeuses, 1 kératite vésiculeuse, 3 kératites anciennes rappelées par la grippe. Du côté des oreilles, on trouve l'otite moyenne simple ou bilatérale avec douleurs vives et surdité. Malgré la perforation du tympan, ces otites ont, en général, guéri sous l'influence de lavages antiseptiques et de pansements à l'acide borique. Elles semblent dues à la pharyngite et peuvent aboutir à la formation d'abcès mastoïdiens. Chez un garçon de 14 ans, M. Comby a vu un épanchement articulaire du genou et, chez une fille, de l'ictère. La grippe peut aussi se rencontrer à l'état de complication dans une maladie persistante (coqueluche, bronchite chronique, bronchite subaiguë, etc.).

Dans l'épidémie actuelle elle n'a pas paru exercer d'influence nuisible sur la marche de l'affection primitive. La marche de la maladie s'est montrée variable ; l'invasion ordinairement brutale ne permet pas d'évaluer s'il y a une période d'incubation et quelle en serait la durée. Quelques-uns ont cependant présenté des prodromes pendant 3 ou 4 jours. On peut diviser les cas de l'épidémie actuelle en trois classes : 1° Une forme atténuée qui n'oblige pas les enfants à garder la chambre, bien qu'elle soit toujours fébrile et quelquefois très longue (15 jours). 2° Une forme moyenne, plus commune, caractérisée par des symptômes nerveux et digestifs très accusés, une fièvre vive, un abattement et une fatigue amenant l'impossibilité de quitter le lit. 3° Une forme grave avec hyperthermie, délire, convulsions et souvent complications pulmonaires. La terminaison de ces trois formes est d'ailleurs presque toujours favorable.

Le diagnostic est en général facile. Cependant la prédominance de certains symptômes peut faire songer au début à la variole, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, à la méningite. Mais la marche de la température, l'absence des éruptions caractéristique, la diminution des douleurs céphaliques et les caractères du pouls et de la pupille permettent dans tous les cas de porter un diagnostic sûr au bout de un ou deux jours.

Le traitement doit être surtout symptomatique et expectant. Dans les cas de douleurs vives, l'antipyrine et la quinine donnent de bons résultats. M. Comby dit s'être bien trouvé pour les enfants du dispensaire de La Villette des vomitifs et des purgatifs. Il n'en a pas été de même dans tous les cas et on a vu, chez un certain nombre de petits malades, les purgatifs provoquer des accès d'entéralgie très douloureux. Dans les cas d'embarras gastrique prolongé, M. Comby recommande l'emploi du naphtol associé au salicylate de bismuth (20 centigrammes de chaque par cachet ; 3 ou 4 cachets par jour). Pendant la convalescence il faut prescrire les toniques, l'huile de foie de morue, les bains salés, le séjour à la campagne. Le changement d'air a bien réussi dans plusieurs cas où la toux quinteuse persistait après la disparition des autres signes de la grippe. En somme, on voit que la grippe des enfants diffère peu de celle des adultes au point de vue symptomatique, mais elle s'en distingue notablement par la moindre quantité des cas, la rareté des complications, même chez les enfants affaiblis, et surtout par la bénignité extrême du pronostic. C'est le côté intéressant de la question ; il était bon de le justifier par des chiffres et on doit remercier M. Comby de s'être livré à cet instructif travail.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 février 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Déjerine. — J'ai fait récemment l'autopsie d'un malade, mort de *syringomyélie*, dans mon service à Bicêtre, et qui présentait une abolition du sens thermique et une analgésie datant de vingt ans. La moelle cervicale était occupée, à son centre, par un gliome cavitaire qui refoulait et comprimait les cornes restantes de la substance grise spinale. Mais le fait important de cette autopsie, c'est l'existence d'une *névrite périphérique* étendue, portant sur les nerfs des membres. La moitié des tubes à myéline est dégénérée. Si ce cas ne reste pas isolé, si l'on retrouve des névrites périphériques semblables accompagnant des lésions centrales aussi bien déterminées que le gliome, il faudra peut-être modifier nos théories physiologiques actuelles et admettre qu'il existe des nerfs de transmission spéciaux pour le chaud et le froid, pour la sensibilité tactile, et, par conséquent, une spécialisation périphérique pouvant être atteinte à la suite des troubles de la spécialisation fonctionnelle centrale.

M. Laborde rappelle les expériences qui démontrent que le pouvoir conducteur pour la douleur appartient, dans la moelle, à la substance grise, et qu'il suffit de la conservation d'une faible portion de cette substance pour assurer la transmission de la douleur.

M. Déjerine. — La sensibilité à la douleur et la sensibilité thermique passent en effet par l'axe gris de la moelle, et c'est pourquoi elles sont perverties ou supprimées dans la syringomyélie qui détruit surtout le centre de la substance grise et les cornes postérieures. Mais la sensibilité tactile passe par les cordons postérieurs et dans ces cordons ce ne sont pas les zones radiculaires qui la conduisent, car elles servent uniquement à réunir les divers segments de la moelle ; ce sont les cordons médians qui restent intacts dans le syringomyélie. On peut déduire de là la symptomatologie de cette affection, et ce contraste si singulier, au premier abord, entre la conservation du sens tactile et la perte du sens thermique avec analgésie. Schiff avait indiqué déjà que chaque sensibilité devait avoir sa voie propre.

M. Dastre. — Herzen a dit que les sensations de chaud étaient transmises d'une part avec la sensation de douleur, et la sensation de froid avec la sensation tactile, ce qui est inexact. Mais, en physiologie, nous ne savons pas encore par où passent les différentes sensibilités ; le problème n'est pas tranché.

M. Déjerine. — Eh bien, en clinique, il l'est absolument, d'après l'étude même de la syringomyélie, telle que l'ont établi Kahler et Schultze ; le tact est absolument indépendant du sens thermique dans son ensemble, et ce dernier est lié au contraire au sens de la douleur. J'ai, à Bicêtre, cinq malades semblables à celui dont je viens de parler, que je pourrai montrer à la Société et qui sont typiques à ce point de vue. L'un d'eux est atteint d'une anesthésie douloureuse et thermique qui date de 1848. Cet homme, qui était insurgé, s'aperçut à cette époque qu'en portant à ses camarades les gamelles pleines de bouillon, il se répandait du liquide sur les mains et voyait se produire des ampoules sans ressentir absolument rien. D'autre part, sa sensibilité tactile est parfaitement conservée, elle est même exquise.

M. Pouchet. — Je tiens à consigner devant la Société *l'échouement d'un cachalot mâle* à l'île de Ré. Cet animal était mort depuis quelque temps déjà. Il est à remarquer que la plupart des Cétacés qui s'échouent sur les côtes de l'Atlantique sont des mâles.

M. G. Pouchet dépose une note de M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille, *sur la formation du périnée chez l'embryon de mouton par abaissement d'un pli périnéal unique*. Les recherches de M. Tourneux diffèrent, sur quelques points, de celles que

M. Retterer a communiquées récemment à la Société.

M. Beauregard offre à la Société un volume sur les *Insectes vésicants.*

M. Malassez fait voir plusieurs modèles de *mors*, construits par M. Mariaud. Ce sont des appareils à contention très simples, qui immobilisent parfaitement les animaux que l'on peut avoir en expérience ; ils sont de taille différente pour le lapin, le cobaye et le rat. M. Malassez fixe en outre ses animaux non sur une planchette, mais sur un plateau métallique facile à nettoyer.

La Société se forme en comité secret. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 février 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Jaccoud donne le *relevé des cas de grippe observés dans son service en 1890.* Sur 42 cas (34 hommes et 8 femmes) il y a eu trois décès (2 femmes et 1 homme). Chez les 2 femmes on a trouvé une hépatisation fibrineuse du poumon, lobaire ou en noyaux disséminés ; chez l'homme une bronchite capillaire sans noyaux d'hépatisation. L'examen bactériologique, fait par M. Ménétrier dans 12 cas de pneumonie et de bronchopneumonie, a montré la présence du pneumocoque de Fraenkel en abondance dans les crachats. On a rencontré également le streptocoque et le staphylocoque bleu. Dans un cas de bronchite capillaire, le pneumobacille de Friedlander était associé au pneumocoque de Fraenkel. Dans un cas d'otite purulente chez un pneumonique, le pus renfermait des pneumocoques. Chez six malades atteints de congestion pulmonaire, il y avait absence de pneumocoques. Ce serait là un bon signe de diagnostic entre la fluxion de poitrine et la pneumonie. En résumé il y a identité entre la pneumonie primitive et la pneumonie secondaire dans la grippe.

M. Laborde, à propos de *l'autorisation à donner aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques*, fait savoir qu'on peut diminuer, sinon supprimer, les dangers du sublimé en lui adjoignant du sulfate de cadmium, ou du sulfate de cuivre, beaucoup moins cher, et qui donne une coloration bleue, en même temps qu'un goût désagréable, ce qui évite les confusions. Il propose la solution suivante qu'on préparerait d'avance pour un litre d'eau: Sublimé 0,25 ; chlorure de sodium 1 gr.; sulfate de cuivre 1 gr.; acide tartrique 0,50; bleu soluble 0,005 à 0,01; eau distillée et glycérine, de chaque 10 gr. Sur le flacon on écrirait *poison*, préférable à *toxique*, moins universellement compris.

M. Guéniot craint qu'en contraignant à l'usage d'un antiseptique unique, qui peut être contre-indiqué dans certains cas, l'Académie n'endosse une grande responsabilité. Il préfère l'acide phénique au sublimé comme présentant moins de contre-indications. Il en est de même du thymol, employé à la clinique obstétricale de Vienne avec beaucoup de succès. On doit autoriser les sages-femmes à se servir de ces antiseptiques, mais ne pas leur imposer le sublimé qui est le plus toxique de tous.

M. Charpentier réclame pour les sages-femmes la liberté du choix des antiseptiques avec la responsabilité de leur emploi. L'Académie peut leur recommander le sublimé, mais ne doit pas le leur imposer. Il faut, d'autre part, rendre les sages-femmes responsables des accidents qui peuvent résulter soit de leur incurie, soit du maniement des antiseptiques.

M. Trélat cite des cas d'accidents par l'acide phénique, le thymol, le biiodure de mercure, et se rallie au choix de la commission pour le sublimé.

M. Budin n'accepte pas la formule de M. Laborde parce que le chlorure de sodium rend le mélange déliquescent et empêche la mise en paquets. Si les femmes sont malades, la sage-femme doit faire appeler un médecin, sinon elle est responsable des accidents qui peuvent survenir. Quant à l'emploi de l'acide phénique et du thymol, les statistiques de M. Guéniot ne donnent pas de meilleurs résultats qu'avec le sublimé. En ce qui concerne la responsabilité des sages-femmes, la commission a laissé cette question de côté avec intention.

M. Marty se demande pourquoi on rejette les colorants bleus, alors que le bleu Coupier, à la dose de 5 milligrammes, donne une coloration très suffisante pour empêcher des erreurs.

M. Brouardel rappelle que l'Académie doit répondre à deux questions précises du Ministre de l'Intérieur, à savoir: si on doit autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques et si on peut leur autoriser tous les antiseptiques. A la Morgue, il a observé une quinzaine de cas de mort consécutifs à l'emploi de l'acide phénique et jamais à celui du sublimé. — *Vote.* Les conclusions de la commission, mises aux voix, sont adoptées. On remplacera le mot *toxique* par le mot *poison*. La question de la coloration est réservée.

M. Lucas-Championnière communique les résultats du *traitement de la fracture de la rotule par l'ouverture large du genou et la suture métallique*, qu'il a appliqué 14 fois avec succès, soit dans des cas anciens (4). soit dans des cas récents (9), soit pour une refracture (1). L'intervention hâtive est toujours favorable et les suites de l'opération ne sont jamais douloureuses. Il ne faut jamais faire d'immobilisation complète, mais appliquer une simple gouttière. C'est, à son avis, l'idéal du traitement.

M. Périer rapporte un cas de *compression du plexus brachial par l'apophyse transverse de la 7e vertèbre corticale développée en côte supplémentaire.* La résection de cette apophyse, suivie de douches, électricité, en fit disparaître tous les accidents : atrophie, douleurs, troubles de la voix, etc.

M. Mosny rapporte un cas de *bronchopneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe.* Il s'agit d'une femme qui, en soignant son maître, atteint d'érysipèle de la face, succomba en deux jours à une pneumonie. Par l'examen bactériologique et les cultures faites sous la direction de M Straus, il a pu constater le développement des colonies caractéristiques du streptocoque de l'érysipèle sans mélange d'aucun autre organisme. Il s'agit donc bien là d'une bronchopneumonie érysipélateuse *primitive.*

M. Lancereaux lit une note de M. Créquy montrant que la majorité des employés de la Compagnie des Chemins de fer de l'Est, atteints par la *grippe*, appartenaient non pas à ceux qui travaillaient sur la voie en plein air, mais à ceux qui travaillaient dans les bureaux, ce qui tient sans doute aux mauvaises conditions hygiéniques des villes et des habitations. Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 7 Février 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Après la lecture du procès-verbal (adopté), M. Dumontpallier prononce l'éloge de M. Blachez et exprime les regrets de la Société.

M. Comby communique le résultat de ses observations relatives à l'épidémie actuelle de *grippe chez les enfants.* Il admet que la dengue n'a rien à voir avec cette épidémie. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les vieux historiens de la grippe.

Il croit, sans pouvoir la démontrer, à la contagiosité et à l'infectiosité de la grippe. (Voir le Bulletin).

M. Laveran croit que s'il est impossible de décrire un cycle régulier de la fièvre dans la grippe, il est néanmoins quelques types particuliers permettant d'assigner à la courbe des caractères plus précis qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Ces types peuvent se réduire à trois : 1° *Cas moyens*, fièvre brusque accompagnée souvent d'un frisson violent ou de frissonnements répétés, période d'état caractérisée par quelques oscillations stationnaires, puis défervescence en lysis. La durée totale de ce cycle fébrile est de 8 à 10 jours; 2° *Cas légers*, ascension rapide en une seule fois ou en deux oscillations, défervescence le lendemain ou le surlendemain; 3° *Cas traînants*, début marqué par une ou plusieurs oscillations, moins élevée en général que dans les deux formes précédentes, se maintient

pendant 15 à 18 jours; la défervescence se fait par oscillations descendantes plus ou moins régulières. La hauteur de la température peut être considérable (41° et 41°,6), 40 est fréquent au début; dans les formes légères, les cas traînants n'excèdent généralement pas 39°. Chez aucun de ses malades, M. Laveran n'a rencontré d'éruptions, une seule fois légère desquamation des mains.

Pour ce qui est de la contagion, il a bien vu quelques cas intérieurs. Mais cela n'est pas probant. La marche de la maladie dans l'armée n'est pas celle des affections contagieuses. Les observations relevées dans les petites localités auront à ce point de vue plus d'importance et d'intérêt.

M. COMBY est d'accord avec M. Laveran sur l'existence d'une fièvre plus ou moins marquée au début de la grippe et la possibilité de la confondre alors avec le début d'une fièvre typhoïde.

M. CADET DE GASSICOURT est amené par des faits négatifs aux mêmes conclusions que M. Comby. Il n'a eu dans son service que 12 cas de grippe. La rareté des complications bronchopulmonaires n'est pas moins remarquable. Cela semble extraordinaire, vu la facilité avec laquelle les enfants prennent d'ordinaire la bronchopneumonie. Cette particularité clinique est d'autant plus heureuse, que dans le milieu hospitalier la bronchopneumonie des enfants est souvent tuberculeuse, et qu'il y avait lieu de craindre de ce côté un redoublement d'accidents.

On n'a pas observé, d'autre part, que la grippe ait eu d'influence sur la tuberculose des enfants.

M. VAILLARD ajoute à sa précédente communication le récit de deux autres cas mortels, où il a encore trouvé le streptocoque dans le sang et les viscères recueillis, aussitôt que possible, après le décès du premier, dont l'autopsie n'a révélé d'autres lésions pulmonaires, qu'une congestion vive avec un peu d'œdème. Chez le deuxième sujet, mort quelques jours après un empyème nécessité par une pleurésie purulente, on trouva une péricardite aiguë avec épanchement roussâtre abondant, et tuméfaction considérable de la rate. Dans ce liquide, le streptocoque était très abondant, on vit par les cultures qu'il était associé au staphylococcus pyogenes aureus. Le sang de la veine céphalique et de la pulpe splénique ont fourni des cultures pures du streptocoque. En somme, dans six cas de grippe mortelle, le streptocoque s'est montré, dans le foie, la rate, les poumons, les liquides épanchés, seul ou associé au pyogenes aureus. Cela ne permet pas encore pourtant d'affirmer qu'il soit cause de la maladie; mais on peut avancer qu'il joue un rôle de premier ordre. Les nouveaux examens sur le vivant ont constamment montré la présence du streptocoque dans les crachats. Le sang s'est montré stérile dans les cinq cas où il a été examiné. L'étude des effets sur les animaux, bien que non terminée, a fourni les résultats suivants : Les souris blanches, auxquelles on a injecté une ou deux gouttes de culture datant de 24 heures, meurent du troisième au cinquième jour. Au point d'inoculation, exsudat membraneux d'aspect fibrino-purulent. Dans les organes, pleurésie avec épanchement, péritonite, splénisation ou hépatisation pulmonaire. Le sang et les viscères contiennent de nombreux streptocoques. Chez les lapins, l'inoculation d'une goutte de culture sous la peau de l'oreille détermine rapidement l'apparition d'une rougeur érysipélateuse. L'inoculation dans la muqueuse de la trachée saine ou préalablement irritée par l'ammoniaque, n'a rien produit. L'inoculation pratiquée dans le sang, le péritoine ou le poumon, amène la mort du huitième au quatorzième jour et lésions caractérisées : pleurésies, péricardite avec épanchement abondant, hématique ou fibrino-leucocytaire, splénisation ou hépatisation pulmonaire. Dans un cas où l'inoculation avait été faite dans une veine, endocardite végétante de la tricuspide. Rarement, grandes suppurations sous-cutanées ou intramusculaires, véritables cultures pures de streptocoque. Le streptocoque rencontré dans la grippe est donc loin d'être inoffensif. Il tue rapidement les animaux et semble avoir une prédilection pour les séreuses. Il semble donc se rapprocher par ses propriétés du microbe de l'érysipèle.

M. DUPONCHEL. — Ce rôle du steptocoque dans les complications de la grippe, bien mis en relief par les recherches de MM. VAILLARD et VINCENT, explique suffisamment les différences d'allures des pneumonies grippales et de la pneumonie vraie. Ces pneumonies, qui compliquent la grippe, seraient donc spéciales et dues à un agent autre que le pneumocoque et qui paraît être le streptocoque.

M. NETTER. — Il a observé absolument les mêmes lésions avec le streptocoque dont il a, le premier, signalé l'existence dans la bouche des sujets sains. Il l'a trouvé pendant l'épidémie actuelle, dans une otite, une bronchopneumonie et une pneumonie, associé au pneumocoque dans les deux derniers cas.

Depuis sa dernière communication, il a rencontré le streptocoque dans 7 pleurésies purulentes, 2 bronchopneumonies et 2 otites moyennes.

Il maintient cependant la part de l'influence du pneumocoque dans les complications de la grippe, ayant observé 2 nouveaux cas de bronchopneumonie à pneumocoque, 1 d'otite, 3 de pleurésie purulente ; une de ces pleurésies purulentes à pneumocoques renfermait en même temps des streptocoques. Quelques faits expliquent pourquoi on ne trouve pas toujours le pneumocoque. Un malade, atteint de pneumonie classique, fut pris, après huit jours d'apyrexie, de pleurésie purulente qui fut ponctionnée à deux reprises. Les pneumocoques, présents à la première ponction, comme l'ont prouvé les inoculations, ne furent pas retrouvés ultérieurement. Le pus recueilli à l'autopsie dans le poumon n'avait pas l'apparence du pus pneumococcique. En effet, on y trouvait surtout des chaînettes et quelques corps irréguliers ressemblant au pneumocoque. Les inoculations ont prouvé qu'en effet le pus en contenait.

L'examen des muscles fibrineux détachés du poumon a montré des pneumocoques à capsules non colorables. Les pneumonies grippales de M. Duponchel paraissent devoir mieux mériter le nom de bronchopneumonie. Si la pneumonie est une maladie spécifique produite par le pneumocoque, il n'en est pas de même de la bronchopneumonie dans laquelle on peut rencontrer divers microbes, notamment le streptocoque présentant les caractères observés par M. Vaillard. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

Traitement des Pieds Bots.

M. KIRMISSON, à propos du procès-verbal, ajoute qu'il tient à prendre la parole dans la discussion en cours pour bien montrer qu'il est toujours partisan de la *méthode de Phleps*. Depuis que la ténotomie à ciel ouvert, sous le couvert des méthodes antiseptiques, est devenue chose banale, il lui semble absolument indiqué de sectionner tout ce qui paraît opposer une certaine résistance au redressement du pied, et, à ce propos, rapporte les faits qu'il a jadis présentés au *Congrès de Chirurgie* (oct. 1889). Il insiste sur ce point qu'il a dû appliquer la méthode de Phleps à deux malades déjà opérés par l'extirpation de l'astragale. C'est là un mode de traitement qu'aujourd'hui on voit employer dans les différentes contrées d'Europe (Pays-Bas, Norvège, Allemagne) aussi bien qu'en Amérique.

Colotomie iliaque.

M. VERNEUIL tient à résumer la question de médecine opératoire de la colotomie iliaque, car elle est d'origine toute française. Il ne discutera pas ici la valeur de la colotomie lombaire, car la cause est désormais entendue ; cette dernière, si elle ne doit pas être rejetée du domaine de la médecine opératoire, ne sera employée que dans de rares cas bien déterminés. Il y a, à l'heure actuelle, 6 procédés pour la colotomie iliaque, sans parler du procédé ancien, qu'on exécutait il y a 50 ans (*Procédé de Littre*). Mais, d'abord, il fait remarquer que ces différences n'existent que pour la dernière partie du manuel opératoire. Dans tous les procédés connus, on fait toujours de la même manière l'*incision* de la paroi abdominale et la *recherche de l'intestin*. En 1885, M. Verneuil lui-même avait proposé une incision différente de l'incision classique, à savoir une incision perpendiculaire à l'arcade de Fallope ; il espérait ainsi avoir une boutonnière musculaire plus dilatable, mais il a abandonné cette manière de faire. Aujourd'hui, il incise la peau comme tout le monde.

L'intestin étant trouvé et attiré doucement vers la paroi de l'abdomen, on peut l'y *fixer* de plusieurs façons.

I. On peut l'accoler seulement à cette paroi, sans l'attirer au dehors, l'y coudre sans lui permettre de faire la moindre hernie, à la manière de *Nélaton*, c'est-à-dire comme dans l'entérotomie de l'intestin grêle. C'est là une opération très facile, bénigne; malheureusement, ses bons effets ne se maintiennent pas. Il ne se produit pas d'éperon, capable d'empêcher les matières fécales venues du bout supérieur de s'engager dans le bout inférieur. L'anus artificiel se rétrécit peu à peu, assez vite même. Ce procédé n'est donc pas applicable quand il s'agit de rétrécissement de causes diverses du rectum; il n'est indiqué que dans des cas bien déterminés. — II. L'idée dominante des 5 autres procédés est la nécessité d'isoler les 2 bouts de l'intestin, la création d'un éperon pour empêcher la totalité des matières fécales de s'engager dans le bout inférieur et de supprimer tout contact des fecès avec la lésion rectale. On peut y arriver de deux façons: 1° En sectionnant complètement l'intestin, en fixant le bout stomacal à la paroi, en fermant le bout rectal et en le réduisant après sa fermeture dans l'abdomen. C'est là le *Procédé de Madelung*. Il faut absolument le rejeter, car ce n'est là qu'une fantaisiste conception. D'ailleurs, il a donné lieu à des accidents mortels. 2° En disposant l'intestin en anse dans une de ses portions qu'on attire au dehors, en ouvrant le sommet de l'anse, en accolant ses deux bouts comme les deux canons d'un fusil double et en les fixant à la plaie abdominale. M. Verneuil a le premier décrit cette façon de faire un éperon en attirant l'intestin au dehors (*Sem. méd.*, 1884); toutefois, il avait déjà entendu parler de la manière de faire de Maydl. On peut exécuter cette façon de faire l'anus artificiel de quatre manières différentes qu'on classe ainsi: *a)* Procédé de Verneuil; *b)* Procédé Maydl en un temps; *c)* Procédé de Maydl en deux temps; *d)* Procédé de Reclus, qui est le procédé de Maydl simplifié.

a) Le procédé de Verneuil, désormais classique, est très facile à exécuter; on peut parfois cependant être gêné par l'ascite; il faudra laisser le liquide s'écouler par une boutonnière. Quelquefois l'épiploon peut se présenter, de même que l'intestin grêle, sous la main de l'opérateur; mais on trouvera vite le gros intestin si on le cherche là où il est. Dans certains cas, l'S iliaque peut être fixée et difficile à attirer au dehors (adhérences dues au cancer du rectum); d'autrefois, s'il y a prolapsus, par exemple, l'S iliaque peut être déplacée. Le seul ennui de cette façon de procéder, c'est la tendance au prolapsus de l'intestin par l'anus artificiel, ce qui arrive assez souvent.

b et *c)*. Les deux manières de faire de Maydl, décrites en 1888, mais imaginées quelques années auparavant, sont basées sur la possibiliié du développement d'adhérences suffisamment solides entre l'intestin hernié et le péritoine abdominal. Maydl tire au dehors l'intestin avec son mésocolon; il passe une tige rigide à travers le mésocolon, au ras de l'intestin, coud l'intestin au pourtour de la plaie, fait une toute petite ouverture pour les gaz. C'est là le *procédé en un seul temps*. — Dans le *procédé en deux temps*, il agit de même, mais n'ouvre rien; il attend de 4 à 6 jours pour ouvrir l'intestin fermé et hernié, ce qu'il fait à l'aide d'une incision comprenant les 2/3 de l'intestin. Puis, dans les deux procédés, il abat au quatorzième jour la portion saillante qui persiste. Il est bien évident que de cette façon, — qu'on emploie le procédé en un ou deux temps, — on obtient un éperon plus considérable; mais le manuel opératoire est compliqué.

d) C'est pourquoi M. Reclus l'a simplifié en supprimant les sutures inutiles faites par Maydl. Le *Procédé de M. Reclus* est le plus rapide de tous. Ce qu'il y a d'étonnant c'est la cessation des accidents immédiats sans ouverture de l'intestin; il est vrai qu'on peut la faire rapidement, après 10 à 12 heures, par exemple; les adhérences intestinales sont déjà formées.

En résumé, il ne faut conserver que deux procédés: 1° Celui de M. Verneuil, pour les cas où il faut absolument faire de suite l'ouverture de l'intestin (cas pressant d'occlusion); 2° Celui de Maydl, modifié par Reclus, pour les cas de lésions rectales, sans accidents trop graves. Les phlegmons observés par M. Trélat ne se voient plus depuis qu'on sait bien faire la suture de l'intestin à la peau. D'ailleurs, s'il y avait menace, quelques pulvérisations phéniquées suffiraient pour tout calmer. En terminant, M. Verneuil rappelle qu'il a employé la colotomie iliaque contre le cancer et les fibromes utérins; il en cite trois observations.

M. Marc Sée, grâce à la façon dont il fait la suture de l'intestin à la paroi abdominale, n'a jamais observé les phlegmons dont a parlé M. Trélat. Il suture d'abord la péritoine à la peau au pourtour de la plaie; puis les parties externes de l'intestin à toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Dans le sinus qui persiste autour de l'intestin, il introduit du sous-nitrate de bismuth. Il emploi le catgut.

M. Le Dentu a fait récemment une colotomie iliaque pour traiter des lésions syphilitiques graves du rectum (ulcérations sans rétrécissement); il cite cette observation pour montrer qu'en réalité il passe bien peu de matières fécales dans le bout inférieur, quand l'éperon est bien fait. Le procédé de M. Verneuil est très bon quand on est pressé par des accidents menaçants; mais, quand on a le temps, il faut lui préférer celui de Maydl, simplifié par M. Reclus. On a tort de dire que le procédé de Maydl est très compliqué; l'ouverture de l'intestin le quatrième jour et l'abrasion de sa partie herniée ne constituent pas en réalité de nouvelles opérations. Il est si facile, pour retirer la tige de soutien, de la couper au ras du mésentère; de cette façon, une des moitiés déjà souillées n'infectera pas le mésocolon, car elle n'aura pas à le traverser. Pour ne pas avoir de suppuration au niveau des fils fixateurs de l'intestin, il emploie une aiguille un peu spéciale, à chas assez grand. Il suture le tout en masse, sauf dans les cas où les parois abdominales sont trop épaisses.

M. Trélat a fait la colotomie lombaire de 1880 à 1886, époque où l'on ne mettait pas impunément la main dans l'abdomen; mais depuis, il fait la colotomie iliaque. D'ailleurs la bénignité des 2 opérations est la même. Il insiste sur la rapidité du développement des adhérences intestinales qui s'accomplissent en quelques heures. Aussi pourrait-on ouvrir rapidement l'intestin, beaucoup plus tôt que ne le dit Maydl. Il essaie aussi d'expliquer pourquoi dans le procédé de Maydl en 2 temps il y a soulagement très réel. Cela tient à ce qu'on ne l'emploie que dans les cas de rétrécissement rectal et qu'alors on a à lutter, non pas contre une obstruction aiguë, mais contre un état grave complexe, constitué par un peu de rétention, beaucoup de ténesme, des douleurs locales, dont la cause est le contact des matières fécales. Or, dans le procédé de Mayld, on met une sorte de verrou entre l'intestin et la tumeur et rien ne passe plus. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il y ait soulagement réel. M. Trélat ajoute que l'intestin peut être fixé assez fortement par le cancer et qu'on peut avoir de la peine à l'attirer au dehors (une observation). Dans de tels cas, l'anus lombaire serait préférable; mais il est impossible de diagnostiquer ces adhérences de l'S iliaque. Si on opère le ventre ballonné, avec constipation datant de 8 à 15 jours, il est formellement indiqué de faire l'opération en un seul temps. Quand il s'agit, au contraire, de remédier simplement à un état pathologique, on opérera en deux temps.

Traitement des fibromes utérins par le tampon vaginal électrique et le renversement des courants.

M. Lucas-Championnière complète la première communication qu'il a faite sur ce sujet en disant que désormais M. Danion ne se sert plus d'un électrode intra-utérin, mais d'un *tampon intravaginal*. Cette méthode est moins dangereuse et moins douloureuse. Les résultats sont d'ailleurs absolument les mêmes que dans les cas où l'électrode est placé dans le col ou dans la cavité du corps, ou dans l'utérus lui-même par ponction. Il suffit de placer dans le vagin l'électrode de platine entouré de caoutchouc sauf à son extrémité en contact avec le col. M. Danion trouve cette méthode moins dangereuse et a grandement raison, car les ponctions intra-utérines ont amené parfois des accidents. Il insiste en outre sur l'avantage qu'on a à *renverser le courant*, ce qui n'est qu'une affaire de technique. Un courant de 80 à 130 milliampères est suffisant. Le courant doit être un peu plus intense que dans les cas d'électrode intracervical, car il y a une légère perte d'électricité par le vagin. Cette méthode de traitement des fibromes est surtout

à recommander chez les vieilles femmes, après 40 ans, tandis qu'elle ne soulage que temporairement les personnes plus jeunes. De cette façon, il y a disparition des douleurs, des hémorrhagies, diminution fréquente du volume des tumeurs. Si l'on renverse le courant, les résultats sont plus frappants. L'électricité bien entendu ne s'applique pas à tous les cas, et ce n'est pas la partie la moins difficile que de poser les indications de son emploi.

M. MICHAUX présente un malade auquel il a fait la *tarsectomie pour un double pied bot*.

M. MONOD présente une petite fille à laquelle il a enlevé un *kyste dentaire* qui contenait une dent implantée sur sa paroi (la canine probablement). Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du lundi 13 *janvier* 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

Le coupeur de Nattes.

M. MOTET lit un rapport sur un nommé X..., âgé de 40 ans, qui a été arrêté au Trocadéro au moment où il venait de couper la natte de cheveux qu'une jeune fille portait pendante dans le dos. L'enquête démontra que l'individu était coutumier du fait ; d'autre part, une perquisition opérée à son domicile permit d'y trouver une collection de 60 nattes de nuances différentes sans compter celles qui lui ont été données en souvenir par des femmes qu'il connaissait. Dans les antécédents héréditaires de l'inculpé, on trouve des névropathes et des aliénés sur les lignes paternelle et maternelle. Dans ses antécédents personnels il se montre comme un ouvrier très intelligent et habile ; jamais il ne se livrait à l'onanisme. Grâce à son travail d'artiste serrurier, il a pu gagner une certaine fortune qu'il a perdu après la Commune dans une entreprise malheureuse. D'une nature très timide, il n'avait jamais de maîtresses et avait très rarement des rapports sexuels. Trois fois dans son existence il s'amouracha et toujours d'une façon platonique. En 1886 il a eu une éruption de zona sur le côté droit du thorax. Quelque temps plus tard il commet des actes étranges et bizarres. Il est pris d'une obsession de toucher et de couper les cheveux des femmes. Aussitôt qu'il appliquait les ciseaux sur la natte l'érection se faisait, et au moment précis où il coupait, l'éjaculation se produisait. Il avait en outre la passion de collectionner les objets de la toilette féminine. Il présentait aussi à un degré assez prononcé de l'onomatomanie. Ce dernier signe joint à cette perversion du sens génésique, dont la valeur pathologique a été si bien mise en lumière par MM. Charcot et Magnan, ont été considérés, par les experts chargés d'examiner ce cas (MM. Motet, A. Voisin et Socquet), comme des manifestations de la folie héréditaire, et X... a été déclaré irresponsable. Interné à la suite de cette expertise dans un établissement d'aliénés, il va actuellement beaucoup mieux et pourra bientôt sortir en liberté.

Musée de Médecine légale.

M. BROUARDEL propose de nommer une commission dans le but d'étudier la question de la *création d'un Musée de médecine légale*.

La proposition est adoptée.

Séance du 10 *février*. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

M. HORTELOUP, rapporteur de la commission chargée de l'*examen du droit de réquisition des médecins*, étudie les causes des difficultés qui ont surgi dernièrement entre médecins et magistrats et les moyens de les aplanir. Il démontre d'abord que d'après l'article 475, § 12 du Code pénal, la réquisition est obligatoire pour le médecin quand il est appelé par le juge d'instruction ou le procureur de la République pour un cas d'urgence ou de flagrant délit. Il indique ensuite que la cause principale du mécontentement des médecins-experts est l'insuffisance des honoraires. Cette question du tarif des médecins-légistes, déjà soulevée à la séance de la Société de Médecine légale, en 1868 (séance du 9 mars), discutée plus tard au sein de la même Société en 1870 et 1877, a été traitée au Sénat dans sa séance du 8 décembre de l'année dernière, à propos de l'affaire de Rodez. Il résulte de tous ces débats que l'augmentation du taux des honoraires s'impose et sera un excellent moyen pour aplanir les difficultés surgies. Enfin, le rapporteur insiste sur la nécessité de modifier l'enseignement de médecine légale en le rendant plus pratique et en établissant, pour cette branche importante des sciences médicales, un examen spécial près de chaque Faculté.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 6 *février* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. A. DE MORTILLET signale à l'attention des préhistoriens les découvertes faites et à faire dans les tranchées nouvelles du chemin de fer de Mantes à Argenteuil.

M. FAUVELLE, rapporteur du budget de la Société, constate un boni de 814 francs.

M. LABORDE présente une chienne de chasse qui a fait preuve d'un développement extraordinaire de l'*instinct maternel*, Après avoir allaité puis sevré une portée de 6 petits, elle continue à les nourrir en se gorgeant d'abord elle-même de nourriture qu'elle court incontinent distribuer à ses petits en la vomissant. Ceux-ci ont pris goût au procédé, et la mère, pour les contenter, fait des efforts qui menacent sa propre santé.

MM. SANSON et PIÉTREMENT croient pouvoir dire que ce cas n'est pas isolé.

Mme Cl. ROYER, à propos d'un travail sur un lézard australien, de la famille des Agamidés, travail paru dans le *Smithsonian Institute*, discute les conditions anatomiques et de milieu qui ont amené la locomotion bipède qu'on observe chez cet animal. Elle explique cette particularité par la sélection, et rapproche ce *Chlamydosaurus* de l'*Iguanodon* du terrain houiller dont l'attitude était celle du Kanguroo. Mme Royer développe des considérations sur la phylogénie en général et conclut que l'organisation si obscure de l'Iguanodon devait se rapprocher beaucoup de celle des Mammifères.

M. HERVÉ dit que l'Iguanodon formait transition entre les animaux à sang froid et ceux à sang chaud. L'Iguanodon marque une étape évolutive vers les Mammifères.

M. LEJARS décrit un muscle anormal qu'il a observé sur un sujet de 45 ans. Ce *muscle, sterno-claviculaire*, s'insère sur le constricteur supérieur du pharynx, descend derrière les troncs carotidiens pour aboutir sous la peau. Symétriquement double, il était accompagné d'une petite glande débouchant par un canal excréteur à la région sus-sterno-claviculaire. Cette glande a de l'analogie avec une glande salivaire et la fistule, simulant une fistule branchiale, laissait suinter du liquide. Il s'agit probablement d'un reste du 4e arc branchial.

M. G. DE MORTILLET présente et décrit des ossements de bœuf, d'ours des cavernes, de renne et de cheval quaternaires trouvés dans des *fouilles pratiquées à Saint-Aubin*, près d'Autun (Saône-et-Loire). Une dent de cheval, très petite, lui fait conclure à l'existence, à cette époque, de deux races de chevaux de taille différente.

M. SANSON dit que personne n'est à même de différencier une molaire de cheval d'une molaire d'âne ; que les ossements et leur taille n'autorisent pas à établir des races. Il n'y a pas de caractères distinctifs entre les os des membres d'Equidés et d'Asinés. La taille est en rapport avec l'alimentation et la fertilité du sol. La taille du mouton, par exemple, augmente avec la teneur en calcaire du sol. Aux époques quaternaires, il existait 8 races de chevaux et 2 races d'ânes.

M. G. DE MORTILLET communique des chiffres que lui ont fourni des gantiers sur la *pointure des gants* dont s'approvisionnent les différents pays civilisés. D'après ces chiffres, les créoles, Mexicains et Péruviens, auraient, hommes et femmes, la plus petite main. Point : 7-7 3/4 h. ; 5-6 1/2 f. Viennent ensuite les Espagnols et les Portugais, puis les Italiens et les Français, avec point : 6-7 1/4 f. ; 7 3/4-8 1/2 h. La plus forte pointure est celle des Anglais : 7 1/4-9 h. ; 6 1/4-7 3/4 f.

MM. MANOUVRIER et MAGITOT réclament la nécessité de connaissances comparatives de la taille. Les chiffres fournis par les chapeliers ont donné des renseignements inexacts.

M. LAGNEAU cite des observations par lui faites sur la taille

des extrémités. Il dit que les Basques n'ont pas les extrémités plus petites que d'autres.

M. Hervé a constaté à la section espagnole de l'Exposition, que les Espagnoles ont le pied et le buste absolument différents de ceux des Françaises.

M. Collin offre des crânes de Pahouins, des pièces ostéologiques et des objets ethnographiques. G. Capus.

REVUE DES MALADIES DU NEZ ET DES OREILLES

I. — Bosworth. — **Diseases of the nose and Throut.** Volume I (*The nase and naso-pharynx*). — New-York, W. M. Wooda, Ed. 1887.

II. — F. Massei. — **Patologia e terapia della Farringe, delle fosse nasali e della larynge ad uso dei medici e dagli studenti.** — Sec. édit. Tom. primo (*Farenge e fosse nasalt*). Napoli, F. Vallardi, éd. 1889.

III. — Hamon du Fougeray. — **Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles.** — Paris, Lecrosnier et Babé, éd. 1890.

IV. — L. Dumont. — **De l'emploi du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée.** — Thèse de Paris, 1889.

I. — M. le Dr F.-H. Bosworth vient de publier le premier volume de la seconde édition des *Maladies du nez et du larynx*, qui est entièrement refondue. Ce livre est divisé en trois sections consacrées aux maladies du nez, du naso-pharynx et à la chirurgie externe du nez. L'auteur décrit d'abord la laryngoscopie et la rhinoscopie ; puis les méthodes de traitement au moyen des instruments (insufflateurs, seringues, douches, pulvérisateurs, inhalateurs). Il étudie ensuite la membrane muqueuse, son anatomie et son inflammation, et le refroidissement qui peut occasionner une affection des parties supérieures des voies aériennes. A-t-on pris froid ? Bosworth conseille la transpiration, l'usage de décoction de thé, de bain de pieds et d'une dose modérée de poudre de Dower.

Viennent ensuite l'anatomie du nez avec les dessins du livre de Zuckerkandl, puis sa physiologie, les fonctions du nez dans la phonation et la respiration et des considérations générales concernant les maladies catarrhales. Le chapitre VIII est consacré à la rhinite aiguë, dont le traitement est longuement développé. L'auteur conseille surtout les pulvérisations de cocaïne et de morphine dans un mélange d'eau et de vaseline liquide, ou des insufflations de menthol mélangé à de la poudre de café et de sucre. Le chapitre IX traite de la rhinite hypertrophique et des différents moyens employés pour la guérir : pulvérisations astringentes, injections dans la muqueuse, cautérisations à l'acide chromique et au galvanocautère. Puis vient la rhinite purulente chez les enfants, la rhinite atrophique et la rhinite croupale. Dans les chapitres suivants, l'auteur résume l'état actuel sur l'asthme, la fièvre des foins, ou rhinite naso-motrice et l'asthme ou bronchite vaso-motrice; il étudie ensuite l'hydrorrhée nasale, l'anosurie, les déviations de la cloison, les difformités des cartilages des narines, la perforation de la cloison, l'épistaxis, les corps étrangers, et, dans un chapitre à part, les rhinolithes occasionnées par les premiers, les parasites, puis les différentes lésions syphilitiques acquises ou héréditaires ; la tuberculose, qu'il distingue du lupus, le rhinosclérome, les myxomes, les fibromes, les ostéomes, les papillomes, les adénomes, les kystes, les angiomes, les enchondromes, les sarcomes et les carcinomes qui font autant de chapitres différents. Enfin, dans le chapitre XXVIII, Bosworth passe en revue les affections des sinus accessoires du nez, et essaie d'établir le diagnostic de leurs diverses maladies. Dans la section des maladies du pharynx nasal, après avoir rappelé les données anatomiques et physiologiques, l'auteur étudie la pharyngite aiguë, la pharyngite-catarrhe, les végétations adénoïdes, les fibromes, les myxo-fibromes, les chondromes, les sarcomes et les carcinomes. Dans la dernière section, consacrée à la chirurgie externe du nez, M. Bosworth expose les opérations portant les noms de Manne, Maisonneuve, Nélaton, Botrel, Richard, Sédillot, Dézeanneaux, Dieffenbach, Bœckel, Ollier, Lawrence, Langenbeck, Bruns, Huguier, Cheever, Roux, Péan et Vallet. L'auteur a eu soin d'intercaler dans ces nombreuses descriptions une série de schémas montrant les lignes des incisions cutanées ou de section osseuse ayant trait à l'opération qu'il décrit. Un grand nombre de figures facilitent les descriptions du texte. Ce livre est certainement un des traités les plus complets qui existent actuellement dans la littérature spéciale.

II. — Encore une deuxième édition qui a été assez vite épuisée par les étudiants et médecins italiens. Le Dr Massei, de Naples, a résumé en un petit manuel, dont la première partie paraît aujourd'hui, la description des maladies du nez et du pharynx.

Dans ce manuel, qui renferme l'exposé actuel de la science, l'auteur a retracé les notions élémentaires d'anatomie et de physiologie du pharynx et des fosses nasales, l'examen de ces parties et les différentes maladies dues à des troubles de la circulation, aux inflammations de la muqueuse (il distingue une pharyngite herpétique, une angine rhumatismale, une pharyngite infectieuse, etc.), au muguet, à la diphtérie, l'érysipèle, la gangrène, à la tuberculose, à la syphilis, au lupus, aux différentes névroses et aux néoplasmes bénins et malins. Dans le cours de ses descriptions, l'auteur traite séparément des furoncles, de l'anthrax et de la pustule maligne, de la dilatation du pharynx, des synéchies et des déviations des fosses nasales, de l'emphysème traumatique, de la contusion, de l'hématome et des maladies de la pharyngée, ainsi que de l'asymétrie du crâne et des maladies des sinus.

Dans de nombreuses publications antérieures, l'auteur a exposé ses idées propres sur la plupart des sujets qu'il traite ; aussi ce manuel a-t-il l'avantage de nous indiquer, outre l'état actuel de la science, les conceptions nouvelles du principal laryngologiste italien.

III. — Modeste est le titre du livre du Dr Hamon du Fougeray. Essayant de détruire les préjugés et les habitudes mauvaises, nuisibles pour l'audition, l'auteur a pensé que le meilleur moyen était de s'adresser au personnel des écoles qui, par le nombre et par l'âge, satisfait au but vulgarisateur qu'il s'est proposé. Après une description succincte de l'anatomie de l'oreille et du nez, il arrive à l'hygiène, qui fait le sujet principal de son livre. L'auteur parle d'abord des soins de propreté à donner à l'oreille : c'est ici qu'il faut être prudent pour ne pas blesser la membrane du tympan de l'enfant, dans les essais intempestifs d'enlèvement du cérumen. Supprimons tout corps dur et rigide, employons un linge fin légèrement humide, rejetons le cure-oreille et l'éponge. Quelles sont les principales causes qui produisent les maladies de l'oreille ? La température, la pression atmosphérique, les saisons, les climats, les localités, les habitations, les salles de cours et les vêtements. Evitons, en conséquence, les courants d'air, même lorsque l'air est chaud, et mettons une couche mince de coton dans l'oreille si l'on craint le froid et l'humidité. Craignons les rhumes et les maux de gorge, les climats humides, les vents violents qui règnent au bord de la mer, et les portes et les fenêtres qui ferment mal. Toutes les causes énumérées précédemment proviennent de l'influence du milieu. Il en est d'autres qui agissent d'une manière directe sur l'oreille, telles que les blessures, la perforation du lobule, confiée maladroitement aux horlogers, les corps étrangers du conduit, pour lesquels on a toujours recours en dernier lieu au médecin, chez lequel on devrait tout d'abord se rendre. D'autres causes des maladies de l'oreille proviennent d'affections des organes voisins, comme le rhume, les amygdalites et surtout l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, ou des causes atteignant notre organe tout entier : les fièvres infectieuses, la scarlatine, la rougeole, la dyphtérie, la variole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la scrofule, etc., etc. Enfin il est une classe de causes provenant des professions. Il serait à désirer que tout enfant se destinant à Saint-Cyr ou à la marine, par exemple, fût examiné au point de vue de l'audition, afin de l'empêcher de faire des études inutiles, s'il était exposé, par une affection de l'oreille, à être refusé par la commission d'examen. Cela dit, l'auteur rappelle que chez les ouvriers des ateliers en fer, les fondeurs, les chaudronniers, les serruriers, etc., l'influence plus ou moins violente du bruit amène des désordres de l'ouïe. L'au-

teur attire ensuite l'attention sur la suppuration de l'oreille, qui engendre des méningites ou des tuberculoses, et sur la surdité à l'école. L'enfant sourd ne pourra acquérir le développement intellectuel qu'il est en droit de demander à la société. De plus, si la maladie l'atteint avant qu'il ne soit en âge d'entendre, il deviendra sourd-muet. Dans un chapitre, l'auteur rappelle les divers remèdes populaires qu'il ne faut jamais employer dans les affections de l'oreille, et les préjugés à combattre. C'est à tort qu'on verse dans le conduit du lait, de l'huile, de l'éther, de l'eau de Cologne, de l'iode, de l'ammoniaque, du chloroforme, ou qu'on ne considère pas la suppuration de l'oreille comme efficace par la sortie des mauvaises humeurs. Sachons que la surdité est fréquente : au-dessous de quinze ans, 26 pour 100 des enfants n'ont pas l'ouïe normale, et 27 pour 100 des soldats sont réformés pour cause de surdité, comme nous l'avons signalé nous-même. Nous avons relevé qu'il y avait plus d'exemptions du service militaire pour cause de surdité, que par suite de tuberculose ! Aussi, avec l'auteur, concluons qu'en donnant aux enfants quelques notions d'hygiène, on arrivera à diminuer l'énorme proportion des réformés pour cause de surdité dans l'armée, car on comprendra alors l'importance de soigner les affections de l'oreille dans l'enfance.

IV.—Dans cette thèse, l'auteur veut démontrer la supériorité du naphtol sur tous les autres médicaments employés dans le traitement de l'otite moyenne suppurée. Pour appliquer le traitement local, dit M. Dumont, il faut d'abord faire la paracentèse du tympan. « Doit-on, comme le veut de Trœltsch, ajoute-« t-il, toujours faire la paracentèse, ou comme le veut Kramer « attendre qu'elle se produise par le seul fait de la nature. Les « deux opinions ont chacune leur défaut. La première qui re-« commande d'ouvrir toujours, et sur-le-champ, même s'il n'y « a pas de pus dans la caisse, est un peu téméraire. » Mais nous ferons remarquer à M. Dumont que M. de Trœltsch n'a jamais émis une pareille opinion; au contraire, il s'exprime ainsi : « Lorsque l'inflammation et la suppuration sont déjà très « avancées, au point que la perforation ne peut plus être em-« pêchée, et qu'elle est même un accident désirable, on peut « la hâter par l'application de compresses d'eau chaude sur « l'oreille, qu'il faut supprimer dès que la perforation sera « faite, ou, mieux encore, en pratiquant la paracentèse de la « membrane. » L'auteur conseille de faire la paracentèse en bas et en avant de l'ombilic ; ce n'est pas l'avis des otologistes qui engagent à la pratiquer à la partie la plus vaillante du tympan qui est refoulé par le pus. Après l'ouverture de la membrane, l'auteur conseille de faire des injections au moyen d'un irrigateur ou d'une grande seringue, « de manière à pousser *violemment* l'injection. » Nous ne conseillerons guère à nos confrères d'avoir recours aux injections violentes, car ils détermineraient facilement des vertiges et des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. L'oreille étant séchée, on porte le naphtol dans la caisse au moyen d'une tige garnie de coton. M. Dumont critique les pansements antiseptiques et astringents qu'il divise : 1° en pansement de Lœrre ; 2° en traitement par les poudres : acide borique, iodoforme, salol ; 3° en traitement par les badigeonnages à l'acide phénique, l'acide lactique, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, les cautérisations, etc. Nous lui ferons d'abord remarquer qu'il omet de parler du mode de traitement le plus fréquemment employé : les solutions antiseptiques qu'on laisse séjourner quelques minutes dans la caisse et le conduit auditif. C'est une omission grave. L'auteur critique le traitement de Lœrre; on voit qu'il ne le connaît pas, car, dit-il, « il n'est pas sans inconvénient « d'enfoncer du coton à travers une perforation artificielle ou « non jusque dans la caisse. » M. Noel a décrit ce pansement dans une thèse récente : après avoir lavé et séché le conduit et la caisse, on pose, dit-il, au fond du conduit des boulettes de coton au sublimé, en ayant soin de faire quelques douches d'air pour chasser le liquide qui pourrait rester dans la cavité. Cela fait, on enlève les boulettes et on en met de nouvelles, de manière à remplir le conduit et même le pavillon. M. Dumont, qui critiquait quelques lignes plus haut la manière supposée de Lœrre d'introduire du coton dans la caisse par la perforation artificielle du tympan, conseille à son tour d'employer un pareil moyen : « Après avoir pratiqué la paracentèse, je fais un attou-« chement de la caisse avec la solution de naphtol camphré en « passant à travers la perforation. Quelques gouttes de naphtol « tombent et restent dans la caisse. »

Pour l'auteur, la poudre d'acide borique aurait l'inconvénient de produire des troubles cérébraux, vomissements, bourdonnements, étourdissements, vertiges, par suite de l'accumulation de la poudre au fond du conduit. Disons d'abord que ces accidents sont assez rares, et que, de plus, ils arrivent très souvent par la faute du malade qui ne suit pas les conseils de son médecin.

M. Dumont ne dit rien de l'emploi des solutions antiseptiques. A l'exemple d'un grand nombre de confrères, nous en faisons un usage très fréquent ; nous avons même employé ainsi le naphtol camphré, le salol camphré, le phénol camphré. Disons d'abord que ce dernier médicament doit être réservé à des cas spéciaux, car il a l'inconvénient de produire une violente douleur et une desquamation de la peau du conduit. Les autres médicaments camphrés déterminent aussi une douleur assez vive qui disparaît en quelques minutes, mais ils laissent déposer au fond de l'oreille une matière pulvérulente qui, se mélangeant au pus, présente dans certains cas l'inconvénient reproché par M. Dumont à l'acide borique, surtout si le lavage et le nettoyage complet de la caisse n'est pas très bien fait. Au reste, c'est plutôt en solutions que le naphtol sera plutôt employé, car un simple badigeonnage de la caisse tous les deux jours ne pourra pas toujours être très efficace, surtout lorsque la perforation sera étroite. Nous passons à dessein sous silence les cas d'otorrhée avec carie des osselets et lésions de la partie sus-tympanique de la caisse, etc., car l'auteur n'en a pas fait mention dans son travail. J. BARATOUX.

CORRESPONDANCE

Lettre de Suisse.

I. Instruction pour les sages-femmes. — II. Asile pour les Ivrognes. — III. Hygiène scolaire (*Bains scolaires ; courbures vertébrales par station assise*).

Bâle, 9 février 1890.

Monsieur le Rédacteur,

I.—*Instruction à l'usage des sages-femmes* (1).—Dans une des dernières séances de la *Société de médecine*, M. FEHLING, professeur de gynécologie à l'Université, a développé une instruction à l'usage des sages-femmes, que la commission de santé l'avait chargée de rédiger. Le manuel des sages-femmes entre dans trop de détails et souvent on s'est trouvé embarrassé dans la question de savoir si une faute commise par une sage-femme était le fait de sa négligence ou de son ignorance. La commission de santé a jugé nécessaire de faire rédiger une instruction courte et précise, à la lettre de laquelle les sages-femmes seront dorénavant tenues de se tenir, sous peine d'encourir l'application des articles du Code les concernant. Nous relevons dans cette instruction, comprenant quinze articles, les principaux passages relatifs à la conduite à tenir par la sage-femme pendant et après l'accouchement. Il est expressément défendu aux sages-femmes d'avoir, à côté de leur profession, une occupation pouvant influencer d'une manière nuisible l'action de la sage-femme.

La sage-femme doit avoir constamment les instruments suivants disponibles et est tenue de les emporter pour chaque accouchement : un irrigateur avec tuyau de caoutchouc et robinet, 3 tubes en verres pour injections vaginales et 3 canules pour clystères ; une petite seringue pour enfant, un thermomètre médical et un thermomètre pour le bain, une paire de ciseaux et un lacet pour la ligature du cordon, deux bouts de sein, un cathéter métallique et un cathéter élastique, une brosse à ongles. Elle doit avoir avec elle les médicaments suivants : Un flacon contenant 200 gr. de glycérine phéniquée à 50 0/0, avec une mesure contenant 20 gr. ; 20 gr. de vaseline phéniquée à 3 0/0 ; 100 grammes d'une solution d'acide borique à 4 0/0 ; 20 grammes de gouttes d'Hoffmann, un paquet de ouate de pansement, un morceau de savon. Les solutions phéniquées ne doivent jamais être faites dans l'irrigateur,

(1) Voir la discussion sur un sujet analogue à l'*Académie de médecine* et le bulletin du dernier numéro.

mais toujours dans une cuvette spéciale. Cette instruction a été donnée pour éviter des brûlures graves pouvant se produire par le fait d'un mélange incomplet de l'acide et de l'eau. Le poids spécifique élevé de l'acide phénique l'entraîne au fond de l'irrigateur, et l'ouverture du robinet donne un premier jet d'acide phénique presque pur. La sage-femme reçoit gratuitement au bureau de la commission de santé la glycérine phéniquée, la ouate et le tube à injections vaginales pour les femmes dans le besoin. Si une sage-femme est appelée à un accouchement, elle doit, dès son arrivée, se laver les mains à l'eau de savon, passer ensuite un vêtement d'indienne fraîchement lavé, ou à défaut un grand tablier blanc et parfaitement propre. Après s'être rendue compte, par l'examen extérieur, de la vie et de la position de l'enfant, elle retrousse ses manches jusqu'aux coudes et prépare une solution phéniquée tiède à 2 0/0. Elle lave soigneusement à l'eau chaude et au savon les parties génitales externes, le périnée, le haut des cuisses ; si les poils sont trop longs, elles les coupe. Ensuite elle désinfecte soigneusement les parties à l'acide phénique. Il est expressément interdit d'employer des éponges, même neuves, à cet usage ; on doit se servir de tampons de ouate de pansement. Après avoir préparé une solution phéniquée à 4 0/0, la sage-femme doit se désinfecter de la manière suivante : Pendant trois minutes, elle se frottera vigoureusement les mains, les bras et surtout les ongles avec une brosse, de l'eau chaude et du savon, s'essuiera à un essuie-mains propre et sec, se curera les ongles et se brossera encore les mains pendant deux minutes dans la solution phéniquée à 4 0/0. Sans s'essuyer les mains (1), elle enduira l'index de vaseline phéniquée et passera à l'examen interne de la femme en travail. Avant chaque nouvel examen, la sage-femme doit se désinfecter de la même manière. Les injections vaginales, pendant et après l'accouchement, ne sont permises que sur l'ordre du médecin. L'examen interne doit être fait le moins possible, dans la plupart des cas il suffit d'un examen dans la période de dilatation et d'un examen dans la période d'expulsion. Aussitôt après la naissance de l'enfant, la sage-femme doit lui laver les yeux avec de l'eau tiède et un tampon de ouate trempé dans une solution d'acide borique à 4 0/0. La ligature du cordon ne doit être faite qu'une fois que les pulsations ont cessé complètement. La sage-femme doit faire chercher le médecin dès qu'elle se trouve en présence d'une présentation anormale de l'enfant, quand la période d'expulsion a duré plus de deux heures, dans les cas de convulsions de la mère, quand les battements du cœur de l'enfant commencent à se ralentir et à devenir irréguliers et quand elle distingue à l'examen interne les pulsations du cordon. Elle doit en outre appeler le médecin si le placenta n'est pas expulsé une heure après l'accouchement de l'enfant, dans les cas d'hémorrhagies profuses après l'accouchement, ou s'il existe une déchirure notable du périnée.

II.—*Asile pour les Ivrognes.*—J'ai reçu dernièrement le premier rapport sur l'activité de l'asile d'Ellikon (sur la Thur) pour la cure des ivrognes. Cet établissement, ouvert le 1er janvier 1885, a été fondé sous les auspices du professeur Forel, de Zurich, un des champions de la lutte contre l'alcoolisme en Suisse. Malgré ses débuts modestes, cet établissement peut être appelé à rendre de grands services dans un pays dont des districts entiers ont été ruinés et dépeuplés par le terrible fléau. En fondant l'asile d'Ellikon, on est parti de l'idée que, pour agir efficacement sur un ivrogne, il est nécessaire de l'arracher à son milieu ordinaire, pendant une période suffisante pour pouvoir le *désalcooliser*, pour lui rendre le goût du travail, et, par une éducation morale appropriée, lui rendre l'énergie et le courage moral nécessaire pour résister à la tentation. Le principe fondamental de l'établissement est celui de l'abstinence complète. L'économe et les employés de la maison ne doivent pas boire d'alcool, afin de ne pas devenir un objet de tentation pour les pensionnaires. Ceux-ci doivent en entrant s'engager par écrit à rester au moins trois mois dans la maison, cette période minima étant absolument nécessaire à un traitement de ce genre. Pendant la durée de leur séjour on cherche à les occuper suivant les aptitudes de chacun, mais autant que possible au grand air. Entre les heures de travail, l'économe et ses aides cherchent à agir sur les malades et à refaire leur éducation morale. Deux médecins sont chargés de la surveillance de l'établissement. Depuis son ouverture jusqu'au mois d'octobre, l'asile a hébergé 35 pensionnaires. Au 1er octobre, 17 avaient quitté l'établissement, dont 7 complètement guéris, 7 améliorés, 2 sans changement et 1 atteint d'aliénation mentale. Jusqu'à aujourd'hui, 9 ont gardé l'abstinence totale, 4 boivent modérément et 3 sont retombés. Ces résultats sont de date trop récente pour avoir grande valeur ; ils sont néanmoins encourageants et donnent bon espoir pour l'avenir. Le prix de pension est de 600 francs par an pour les pensionnaires ordinaires et de 965 francs pour les pensionnaires ayant une chambre à part. Le rapport constate que tous ces malheureux sont volontiers à l'asile ; ils arrivent au bout de peu de temps à reconnaître que c'est pour leur bien, et 7 d'entre eux se sont même engagés à y rester une année entière.

(1) Voilà des prescriptions qui font grand honneur aux médecins qui les ont rédigées ; car c'est là que gît toute la difficulté. Nous y insistons à dessein, car en France on n'est pas assez radical sur ce point. *Primum non nocere!* (*N. d. l. R.*).

III.—*Hygiène scolaire.*—Les apôtres du surmenage scolaire, qui voient dans le trop grand nombre d'heures de classes la cause de tous les maux de notre jeunesse, feraient bien, en attendant la réalisation de leur rêve, de chercher à remédier autant que possible aux conditions hygiéniques défectueuses dans lesquelles se trouvent les enfants de la classe pauvre. J'ai visité ce matin un établissement installé depuis quelques semaines dans un bâtiment d'école d'un quartier ouvrier, je veux parler des *Bains scolaires*. Les bains scolaires, qui ont pris naissance en Angleterre, se sont promptement répandus en Allemagne, sous l'influence de Flügge et du Dr Schede. Quoique ces bains soient installés dans la plupart des villes de l'Allemagne, il leur a fallu plusieurs années pour venir s'acclimater chez nous, cet essai étant à ma connaissance le premier fait en Suisse (1). L'installation est des plus simples. Dans un des locaux du souterrain on a installé au plafond un réservoir à eau. L'eau y remonte par un serpentin au centre duquel brûle une flamme de gaz. Des tuyaux aboutissant à des pommes d'arrosoir partent de ce réservoir. Sous chaque pomme se trouve un tube dans lequel se place l'enfant qui va être douché. Celui-ci est préalablement savonné vigoureusement des pieds à la tête, après quoi une douche de 28° lui tombe sur le dos. On douche tous les jours, de 9 à 11 heures du matin. Une semaine est consacrée aux filles, l'autre aux garçons ; le même enfant peut avoir sa douche tous les quinze jours. On ne baigne que ceux qui le veulent, ou ceux qui sont par trop sales et que le maître fait baigner. Le résultat a dépassé toutes les espérances. Accueillie d'abord avec une certaine méfiance, l'innovation a eu bientôt auprès des enfants un tel succès que, dans la dernière quinzaine, sur 1200 enfants que contient ce bâtiment, on en a douché 840. Si l'on ajoute à cela l'institution des *soupes scolaires* pour les enfants pauvres, produit de l'initiative privée et de collectes faites dans les classes, celle des *draps* et des *souliers scolaires* qui, au commencement de l'hiver, a habillé et chaussé plus de 4,000 enfants (1/3 de la population totale des écoles), je crois quo l'on aura plus fait pour le bien et la santé des enfants, qu'en leur retranchant une heure de leçon par jour, heure employée par la plupart à rôder ou à mal faire.

A l'occasion de l'inauguration de l'*Institut orthopédique* de Zurich, M. le Dr W. Schulkess a fait une communication sur les *courbures de la colonne vertébrale chez les enfants assis*. A l'aide d'un appareil spécial, il obtient la projection de la colonne vertébrale dans le plan sagittal et dans le plan frontal. Il a examiné 44 enfants sains, debout, assis nonchalamment et assis droits. Les courbures physiologiques de l'individu debout sont connues ; chez les individus assis nonchalamment, la colonne vertébrale ne forme qu'une courbe à concavité antérieure dont le sommet se trouve à la hauteur des premières vertèbres lombaires. Si l'on invite l'enfant à se tenir droit, la figure change : la colonne vertébrale présente une tendance à s'incliner en avant ; en outre, on observe une légère incurvation à concavité postérieure dont le sommet se trouve à la limite séparant la colonne dorsale et la colonne lombaire. De lordose lombaire, pas trace.

Chez l'individu debout, on observe, en outre, une déviation latérale de la colonne vertébrale, plus souvent à gauche qu'à droite. Cette déviation s'accentue dans les 2/3 des cas chez l'individu assis nonchalamment ; on observe parfois que la déviation passe de droite à gauche et *vice-versâ*. Si l'on invite

(1) Quand, en France, en posséderons-nous? (*N. d. l. R.*).

le sujet à se tenir droit, on remarque avec étonnement que la déviation latérale persiste plus forte que dans la position verticale. On peut expliquer ce fait en songeant que le grand moyen de compensation de l'homme debout, le bassin, est fixé dans la position assise.

Comme conséquence pratique de cette étude, l'auteur fait la remarque qu'il est absurbe de vouloir construire des bancs d'école où l'on cherche à reproduire chez l'enfant la lordose lombaire physiologique. Il est nécessaire de disposer le dossier de façon à ce qu'il coïncide avec la légère incurvation de la colonne vertébrale dans la position assise droite, c'est-à-dire notablement plus haut. En outre, il demande de diminuer, autant que possible, la position assise dans les écoles pour les enfants ayant une tendance aux déviations de la colonne vertébrale, ou tout au moins de l'interrompre de temps en temps en invitant ces enfants à se tenir debout.

Recevez, monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments bien empressés. A. JAQUET.

THÉRAPEUTIQUE

De l'huile de foie de morue.

Les propriétés et les indications de l'huile de foie de morue ont été très heureusement résumées par le Professeur Bouchardat :

« C'est un modificateur des plus utiles. Combien ne trouvet-on pas d'occasions d'employer une substance qui, en augmentant le plus souvent l'appétit, est facilement absorbée et fournit largement aux dépenses de calorification. C'est le remède principal de la misère physiologique. L'huile de foie de morue est utile dans les maladies chroniques de la peau, telles que le lupus, l'icthyose, les teignes, avec constitution délabrée; dans les rhumatismes chroniques consécutifs à l'appauvrissement général de l'économie; dans les affections scrofuleuses qui se manifestent soit par la carie des os, des tumeurs blanches, des abcès froids, ou plus communément pour les gourmes et les engorgements ganglionnaires. L'huile de foie de morue est d'une incontestable utilité pour les phtisiques, à ceux qui sont prédisposés à la phtisie, aux diabétiques, aux enfants délicats des villes, etc. »

Malgré les découvertes et les doctrines nouvelles qui ont révolutionné l'histoire de la phtisie, l'huile de foie de morue n'en continue pas moins à occuper une place très importante dans le traitement de cette affection. Aucun de nos maîtres n'y a renoncé. Pour quelques-uns, Jaccoud, Dieulafoy, l'huile de foie de morue est la partie prépondérante de la médication. Ils la donnent à pleins verres, 4 à 500 grammes par jour et sans interruption. Nous avons été témoins de cures que l'on peut littéralement qualifier de merveilleuses. Ces opérations seront sans doute réunies et publiées.

Un fait bien remarquable, c'est l'embonpoint acquis par les malades sous l'influence de ces hautes doses. L'huile de foie de morue doit être considérée comme un facteur puissant d'engraissement. C'est une conséquence de la grande assimilabilité de ce corps gras. Le grand nombre d'espèces d'huiles de foie de morue qui sont présentées aux malades indique qu'il y a un choix à faire. L'examen de ces divers produits et des procédés à l'aide desquels on les a obtenus montre qu'ils n'ont pas tous le même mérite. Beaucoup d'huiles sont préparées avec des foies, non de morue seulement, mais de toutes sortes de poissons. Souvent ces foies sont employés dans un état de corruption avancée, ou bien on extrait l'huile en soumettant les foies à des températures élevées et à de fortes pressions. L'huile qui s'écoule, recueillie séparément, à divers moments de ces opérations, a des colorations différentes. C'est ainsi que certains fabricants obtiennent les huiles blanche, rouge et brune. D'autres fois, ces diverses colorations sont obtenues à l'aide de procédés chimiques, en faisant intervenir soit l'acide sulfurique, soit la potasse, soit le charbon comme décolorants.

Tous ces procédés ne peuvent donner que des produits imparfaits ou inconstants et infidèles, ce qui explique, en partie, l'inégalité des résultats.

M. Berthé, pharmacien, interne lauréat des hôpitaux de Paris, qui s'est consacré spécialement à l'étude de l'huile de foie de morue, a publié des travaux intéressants sur ce sujet.

Voici les conclusions principales des différents mémoires qu'il a présentés à l'Académie de médecine : 1° La composition des huiles vendues sous le nom d'huile de foie de morue est extrêmement variable ; 2° Cette variabilité est due, soit au mélange de foies d'un grand nombre d'espèces de poissons autres que la morue, soit aux procédés de préparation plus ou moins défectueux employés généralement, soit aux épurations peu rationnelles qui ont pour but de leur enlever leur odeur et leur couleur ; 3° Il est possible, à l'aide de procédés opératoires convenables, d'obtenir une huile d'une composition constante et dépourvue d'âcreté.

Ces procédés, mis en pratique par M. Berthé, consistent à recueillir l'huile *brune naturelle qui s'écoule, sans expression, des foies frais doucement chauffés au bain-marie par la vapeur.*

L'huile obtenue dans ces conditions contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux.

Une commission nommée par l'Académie pour examiner les travaux de M. Berthé fut chargée de visiter la fabrique et reconnut l'excellence des procédés suivis. Dans le compte rendu qu'elle fit de ces recherches, elle proposa de voter à M. Berthé des remercîements pour ses utiles et intéressantes communications.

En résumé, M. Berthé a fourni la démonstration que, *pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs minéraux et animalisés, il était nécessaire de n'extraire des foies qu'une seule espèce d'huile, et qu'il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.*

Ce jugement a été confirmé par les expériences cliniques de Siegen, le propagateur de l'huile de foie de morue, de Schenk, de Bretonneau, de Tauflief, etc. « C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux). D'ailleurs, l'huile de Berthé, toujours préparée avec des foies frais, n'est pas désagréable. Il est singulier de voir combien les enfants l'acceptent facilement; ils ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (BOUCHARDAT).

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés ; par le Dr A. BERDIER, professeur de géographie médicale à l'Ecole d'Anthropologie. Vol. X. de la Bibliothèque anthropologique. *Lecrosnier et Babé.* Paris. 1889.

Depuis 1878-79, M. le Dr Bordier enseigne à l'Ecole d'anthropologie la géographie médicale. Grâce au dévouement d'un savant généreux, le docteur Jourdanet, Broca qui, depuis deux ans, avait organisé l'enseignement anthropologique, put créer et confier une chaire nouvelle à l'auteur du 10e volume de la bibliothèque anthropologique. Ce livre a été écrit avec les notes de trois années de son cours à l'Ecole d'anthropologie : cela suffit à en montrer l'esprit. Cet esprit, large et indépendant, aussi loin de la routine scientifique qu'ennemi des doctrines d'anarchisme scientifique est trop connu de nos lecteurs, par les beaux fruits qu'il a déjà produits, pour que nous ayons besoin de le caractériser davantage ici. Le livre du Dr Bordier en est une nouvelle et haute affirmation. Sans vouloir écrire un traité didactique de pathologie comparée — notre ignorance de la pathologie des végétaux et celle de la plupart des animaux est encore trop grande — l'auteur a essayé avec succès de grouper et d'éclaircir d'une même lumière tous les phénomènes pathologiques observés jusqu'alors dans le règne des organisés, en se plaçant à une distance équitable pour les examiner de haut et comparativement, afin de les rattacher à un certain nombre de lois générales. S'inspirant des principes de déterminisme si heureusement dégagés et suivis par Cl. Bernard,

M. Bordier, partant du simple pour arriver au multiple, examine dans la première partie de son ouvrage les conditions générales de l'unité, c'est-à-dire de l'entité chimique, du protoplasma et de l'entité morphologique, la cellule. Cependant, l'auteur fait bien remarquer que la vie n'a pas de caractéristique chimique et qu'il n'y a pas d'entité distincte des phénomènes eux-mêmes. Entre la matière minérale et la matière organique, dit-il, il n'existe point d'autre différence que le mode de groupement et l'instabilité moléculaires. Ceci soit cité, pour marquer la tendance de l'ouvrage, de « faire pénétrer dans la science médicale, à la place de la métaphysique des diathèses, du génie épidémique, de la coction des tumeurs, etc., des habitudes de *matérialisme scientifique* qui manquaient depuis trop longtemps aux médecins. » Nous croyons que ce vœu émis par un médecin est celui de la plupart de ses collègues. Un chapitre intéressant, qui résume une partie d'un autre ouvrage du même auteur « Géographie médicale », traite des lois générales de la pathologie comparée, des aptitudes et immunités des différentes races humaines, des familles pathologiques, de l'influence de la civilisation sur l'aliénation mentale, de la folie, de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie, etc. chez les animaux, ainsi que de la *contagion nerveuse*. La deuxième partie traite plus en détail l'étude des maladies qui serviront à démontrer le « joug commun » des lois pathologiques appliquées à tous les êtres, même à ceux qui, en apparence, diffèrent le plus les uns des autres. Dans le chapitre relatif aux maladies dues à une perversion de la nutrition, il y a des rapprochements curieux entre la goutte urique des insectes, la goutte guanique du porc, les gouttes sodique et oxalique chez les végétaux. « Ce qui est physiologique d'un côté des frontières artificielles, que nos classifications établissent entre les êtres, peut être pathologique de l'autre côté, et les lois biologiques, plus que les lois morales ou sociales, n'ont rien d'absolu ni d'ubiquitaire. Un autre chapitre traite des maladies dues au dépôt d'une substance toxique dans les tissus, par auto-intoxication ou par un poison venu du dehors. La plus large place, comme on peut le prévoir, est donnée aux maladies parasitaires et microbiennes. Chaud partisan des théories pastoriennes, le Dr Bordier arrive nécessairement à étendre l'action microbienne et parasitaire en général sur un vaste champ d'exercice pathologique, ce qui nous paraît d'autant plus acceptable que nous aurons appris à mieux connaître l'élément anatomique, chimique, morphologique devenant individu, et à mieux apprécier sa force offensive et défensive dans la lutte pour la vie. Citons, à ce propos, des chapitres intéressants sur l'immunité acquise, l'acclimatation des « individus » et la symbiose. On y trouvera encore, au chapitre *microbes et transformisme*, un résumé de la belle conférence transformiste, 6e du nom, que le Dr Bordier fit il y a un an à la Société d'anthropologie.

Ce livre s'adresse non seulement au savant synthétisant, à l'esprit philosophe, qui ne voit dans les faits accumulés que les grandes lignes architecturales ; il s'adresse encore au « consommateur » des faits en détail qu'il y trouvera nombreux, glanés soigneusement sur tous les terrains pathologiques et qui intéresseront le médecin par l'ordre que leur analogie, souvent leur identité étiologique, tendent à établir au profit de deux vastes conceptions dirigeantes, véritables diathèses bibliographiques bienfaisantes : l'égoïsme individuel de l'unité organique et le transformisme. Si, de-ci de-là, aux yeux des prudents, quelques rapprochements hardis semblent prématurés, il faut songer que des ouvrages de ce genre sont comparables à une corde tressée de fils nombreux et que la rupture de quelques fibrilles mal attachées ne diminuent guère la solidité de la corde. G. C.

La chaleur animale ; par Charles Richet. 1 vol. Bibliothèque Scient internat. — Félix Alcan, Paris, 1889. 310 p. avec 47 gravures.

« S'il n'y avait, dans l'histoire de la physiologie, que trois noms à citer, ce seraient Galien, qui a distingué les grandes fonctions organiques et reconnu les propriétés de la moelle ; Harvey, qui a découvert la circulation du sang, et Lavoisier, qui a établi la fonction chimique des êtres vivants. Et s'il n'y avait qu'un nom à citer, ne serait-ce pas le nom de Lavoisier ? Car sa découverte est plus générale encore et d'une plus haute portée en biologie que la découverte de Harvey... C'est Lavoisier qui est le maître et l'inspirateur de la physiologie moderne. Il l'est par les méthodes. Il l'est par les vérités primordiales qu'il a établies. Il l'est par les découvertes qu'il a suscitées... »

Après la lecture de ces lignes qui ouvrent le nouveau livre de M. Charles Richet, nous n'avons pas besoin de nous demander sous quel patronage l'auteur a voulu se placer : c'est bien de l'homme de génie, pour qui la vie est une fonction chimique, qu'il entend se réclamer. Mais, rassurons-nous : ce patronage, si puissant qu'il soit, ne diminue en rien l'indépendance du physiologiste dont je vais essayer de résumer l'ouvrage. Ce n'est du reste pas d'un véritable traité de la chaleur animale qu'il s'agit. Le livre lui-même n'est formé que des leçons publiées depuis quelques années par l'auteur dans la *Revue scientifique*. Parmi les nombreuses questions soulevées à propos des sources thermiques chez les êtres vivants, M. Ch. Richet en a choisi quelques-unes qu'il a scrutées avec beaucoup de détail ; il en est d'autres qu'il a pour ainsi dire faites siennes, tant il a mis d'originalité dans leur étude et de soin dans leur analyse.

Le chapitre consacré au rôle de Lavoisier dans les recherches sur la chaleur animale est suivi de deux chapitres ayant trait à la température des Mammifères et des Oiseaux et à la température des animaux à sang froid. Ce sont de bonnes études biologiques ; elles nous montrent que l'auteur a su tirer fameux parti des notions d'histoire naturelle qu'il a acquises autrefois à la Sorbonne ; elles rapportent de curieuses expériences sur le réchauffement et le refroidissement des tortues. Les chapitres suivants sont réservés à la température de l'homme, à sa température normale, à sa température dans les maladies, à sa température après la mort ; ils sont l'œuvre d'un observateur consciencieux et d'un médecin érudit. C'est dans les derniers chapitres que le physiologiste apparaît réellement : il nous indique, avec une grande netteté, comment l'être vivant produit de la chaleur et comment il en perd ; il fait le bilan des productions et des déperditions ; il décrit le mécanisme régulateur qui nous permet de conserver une température à peu près fixe. Il faut lire les chapitres où l'auteur fait la part du travail musculaire dans les sources calorifiques, où il définit les rôles du système nerveux dans la production, la déperdition et la régulation de la chaleur animale, où il traite de l'action des poisons sur la température: ce sont là d'excellentes pages avec de fort ingénieuses expériences. Il y a là, en particulier, une question que M. Ch. Richet a vraiment faite sienne: c'est celle du mécanisme employé pour se refroidir par les animaux qui ne peuvent pas suer, les chiens par exemple. Ces animaux, pour résister aux chaleurs trop intenses, augmentent leurs mouvements respiratoires dans des proportions considérables ; ils ont de la polypnée thermique. L'eau qu'ils rejettent à chaque expiration enlève, au moment où elle passe de l'état liquide à l'état de vapeur, de la chaleur à l'organisme et elle permet ainsi à l'animal de se maintenir à une température compatible avec la vie. Ce mécanisme, dont la découverte appartient à M. Ch. Richet, est réellement fort curieux. Ce livre sur la chaleur animale n'est pas un livre didactique. M. Ch. Richet n'est d'ailleurs pas un didactique, et il n'a pas cherché à l'être ici : je ne pense pas l'offenser en disant qu'il est peut-être incapable de faire un bon manuel. Il possède en effet des qualités qui l'empêcheront toujours d'être goûté de ceux qui veulent acquérir rapidement des notions élémentaires, mais il est certain d'être apprécié par ceux auxquels ne déplaît pas le mélange d'un peu de curiosité buissonnière à la raideur scientifique habituelle. Paul Loye.

L'Hypnotisme et les magistrats. — M. le Juge d'instruction, chargé d'une affaire qui fait ces temps-ci beaucoup de bruit, aurait dit à un reporter : « Comme je viens de vous le dire, je ne crois pas à l'hypnotisme; *un magistrat, d'ailleurs, ne peut ni ne doit croire à l'hypnotisme* (*Temps*). » M. le Juge a-t-il bien réfléchi avant de prononcer cette phrase ? S'il disait vrai, pourquoi, dès lors, la Justice appellerait-elle à son secours les lumières de la Science ?

Missions scientifiques. — M. Barrois, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission d'Histoire naturelle en Syrie.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. — Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

I.— La *salle d'opérations des hommes* (n° 72 du plan) est située à côté de la salle des malades, mais ne communique pas avec elle ; on y pénètre par l'intermédiaire d'un couloir (n° 71).

Elle se compose de deux chambres : 1° L'une, située à l'entrée, n'est qu'une sorte de *vestibule* (*Fig.* 42, n° 72). L'opérateur peut y suspendre à des porte-manteaux métalliques nickelés ses vêtements ; de même les aides. Il y a une armoire pour le gros linge et les appareils de chirurgie qui ne nécessitent pas de grands soins de propreté, un poêle pour le chauffage de cette pièce ; un fourneau à gaz placé à côté de l'étuve à désinfecter les instruments et qui sert à faire bouillir tout ce qui ne peut être étuvé ; et un autre meuble où sont placés les matériaux de pansement déjà apprêtés par la surveillante, les instruments en gomme aseptisés comme nous l'indiquerons plus loin (procédé H. Delagenière) (voies urinaires, etc.). C'est sur ce meuble que la surveillante, après désinfection minutieuse des mains, prépare les objets de pansement qu'elle sort des paquets, les tampons d'ouate hydrophile entourés de gaze, les tampons d'ouate munis de fils, etc., etc. M. Terrier voudrait que cette pièce fût destinée à l'anesthésie des malades ; mais, en raison de la petitesse des locaux, on est obligé d'endormir les hommes sur le lit d'opérations. C'est aussi dans cette chambre qu'on dépose, en général, le brancard servant à transporter les malades qui ne peuvent pas marcher (2).

2° La *salle d'opérations elle-même* (*Fig.* 45) est une grande pièce, plus longue que large, fort simple, construite, mais en plus petit, sur le modèle des salles de malades au point de vue du plafond et du plancher. Le dallage du sol est en ciment Portland ; toutefois l'architecte a eu la mauvaise inspiration de la décorer en y traçant des lignes en creux, peu profondes il est vrai, mais bien visibles sur une des photographies ci-jointes. Le angles sont arrondis. Le revêtement intérieur est constitué par de la chaux, recouverte d'une bonne couche de peinture à l'huile, ce qui vaut bien mieux, à n'en pas douter, que le procédé employé dans la salle d'opérations de M. Maunoury, à l'hôpital de Chartres (3), ainsi que nous avons pu nous en assurer par nous-même.

a).—En ce qui concerne l'*éclairage*, il existe de grandes fenêtres latérales dont les 2 du côté du midi (*f'*, *f'*, *Fig.* 45 et *Fig.* 46) possèdent des stores extérieurs, qu'on manœuvre de l'intérieur et un châssis vitré dans le toit, au-dessus du lit d'opérations. Les fenêtres, dont deux sont à double paroi (celles de la façade Nord) (*Fig.* 45 et *Fig.* 46, N.), ont leur cadre qui se continue sans relief ni angle rentrant avec la paroi intérieure du mur. Les glaces intérieures de ces fenêtres sont en verre craquelé, pour empêcher de voir du dehors. Le châssis vitré du toit, de construction récente, fournit une vive lumière, fort utile pour les opérations intra-vésicales, pelviennes ou abdominales. Il n'y a pas de double plafond avec châssis, comme dans la salle de M. Maunoury à Chartres.

La nuit, l'*éclairage au gaz* est fourni par un bec latéral placé à côté d'une des fenêtres, en face du calorifère et au-dessus d'un petit meuble (sorte de buffet) et par un double bec de gaz, mobile, à verres en mica, situé au-dessus de la table d'opérations. Nous espérons que sous peu, alors que l'éclairage de Paris sera fourni par des machines électriques, les hôpitaux préféreront cette lumière et n'hésiteront pas à la distribuer largement dans les salles de malades et dans les salles d'opérations. Mais, à l'heure qu'il est, aucun hôpital à Paris ne la possède ; il y a bien longtemps, pourtant, que M. Terrier la réclame pour l'hôpital Bichat, d'autant plus qu'une source électrique peut servir, dans une salle d'opérations, à bien d'autres choses qu'à l'éclairage (galvano-cautère, etc.) (1).

b).—Le *chauffage* se fait par un calorifère qui s'allume de l'intérieur même de la salle d'opérations. Il porte rapidement la température à 25° ou 30° degrés ; mais, évidemment, il vaudrait mieux qu'il puisse s'allumer du dehors, comme à Chartres.

c). — Le long des murs situés aux deux extrémités de la salle sont placés, du côté de l'entrée, les *appareils destinés à stériliser l'eau* et à la maintenir chaude, puis le *chauffe-linge* (*Fig.* 45) ; à l'autre bout, l'*armoire vitrée* où sont renfermés les instruments, et les *étagères* qui supportent d'un côté les solutions antiseptiques, de l'autre les substances et matériaux de pansement.

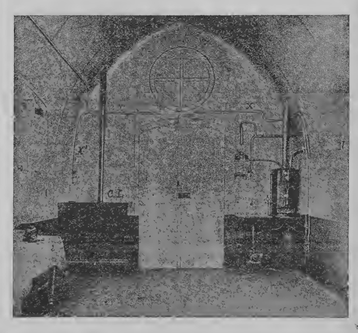


Fig 45. — Salle d'opérations des hommes de l'hôpital Bichat (côté ouest).— Appareils à stériliser l'eau et chauffe-linge.— N, fenêtre du côté nord; — C. L., chauffe linge ; — X, conduite d'arrivée du gaz ; — X', tuyau de gaz alimentant le chauffe-linge ; — 2, table pour préparer les matériaux de pansement.

1).—Le tuyau qui amène l'*eau* (*Fig.* 46, E) perfore le sol près de la cloison correspondant au vestibule X, à l'angle nord-ouest de la salle ; il est muni d'un robinet (*b*) ; puis il pénètre (A) dans une bougie du filtre Chamberland (F). L'eau ainsi filtrée tombe dans un barillet de verre (B), à l'aide d'un tube de verre (I), raccordé à l'aide d'un tube en caoutchouc. Ce barillet possède deux voies de dégagement. L'une, inférieure, correspond à un robinet (c) ; celui-ci, ouvert, fournit de l'eau stérilisée qui s'échappe au-dessus d'un lavabo (L), pourvu lui-même d'un robinet à eau froide (a) non stérilisée, arrivant là par un branchement (D) greffé sur la conduite d'eau principale (E'). L'autre voie de dégagement du barillet de verre est supérieure (M) et l'eau s'en échappe, quand ce barrillet est trop plein, pour se rendre ensuite dans l'appareil destiné à fournir l'eau bouillie, et situé à côté (C), par l'intermédiaire des tubes M et N.

Ces différentes pièces, bougie Chamberland, barillet, sont facilement démontables et faciles à nettoyer. L'ouverture supérieure du barillet (celle d'entrée de l'eau), est obturée avec une collerette d'ouate aseptique. Le raccord entre le barillet et l'appareil à chauffer l'eau se fait au moyen

(1) Voir *Progrès médical*, n° 5 ; consultez la figure qui s'y trouve.

(2) Nous prions le lecteur de se reporter à la description de la salle d'opérations de M. le Pr Poncet (Hôtel-Dieu de Lyon), parue dans la *Revue de Chirurgie*, 10 août 1889, s'il veut se rendre compte des différences qui existent entre ces deux installations.

(3) Maunoury. — *La nouvelle salle d'opérations de l'hôpital de Chartres ;* in *Progrès médical*, 1888.

(1) Ceci était exact il y a un an ; ça ne l'est plus aujourd'hui. Les salles d'opérations de St-Louis (service de MM. L. Championnière et Péan), ainsi que certaines salles de malades du même hôpital sont éclairées à la lumière électrique. Nous reviendrons sur ce point dans un autre travail : *Energie électrique à l'hôpital*, dont l'introduction a déjà paru dans le *Progrès médical* (voir n° 1, 1890, p. 4). N'oublions pas d'ailleurs qu'à Levallois-Perret (Dispensaire Péreire) et que dans divers asiles, l'éclairage électrique est aujourd'hui couramment utilisé.

d'un tube de caoutchouc (M) entrant sans frottement dans le tuyau d'alimentation (N); mais, encore ici, l'interstice est comblé par de la ouate stérilisée.

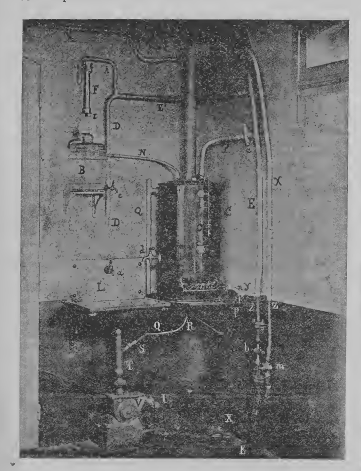


Fig. 46. — Salle d'opérations des hommes de l'hôpital Bichat. — Appareils destinés à stériliser l'eau. — *Service d'eau :* E et E', conduite d'arrivée pour l'eau ; A, branchement pour la bougie Chamberland ; — F, Bougie-filtre Chamberland ; — B, Barillet (réservoir d'eau filtrée) ; — M, orifice de sortie de l'eau filtrée et tube en caoutchouc; — N, tuyau d'alimentation pour le chauffe-bains (eau filtrée) ; — D, branchement pour le lavabo ; — L, lavabo ; — I, tube faisant communiquer F et B ; — C, chauffe-bains ; — P. ancien tuyau d'alimentation du chauffe bains (eau non filtrée) ; — O, index du chauffe-bains ; — Q, tuyau d'écoulement du chauffe-bains pour le trop plein ; — R, tuyau par où l'on vide C ; — S, T, U, tuyau d'échappement pour l'eau souillée ; V, siphon ; — *a*, robinet du lavabo (eau naturelle) ; — *c'*, robinet du Barillet (eau filtrée) ; — *d*, robinet du chauffe-bains (eau filtrée et bouillie), — *b*), robinet pour supprimer l'arrivée de l'eau ; — *e*), robinet servant jadis à régler l'arrivée de l'eau en C ; — *f*, robinet destiné à régler le passage de l'eau en F. — *Service du gaz :* X, conduite d'arrivée avec robinet *m ;* — Y, branchement pour le chauffe-bains, avec robinet *n ;* — Z, branchement supplémentaire pour l'allumeur du chauffe-bains, avec robinet *p*.

Le chauffe-bains (*Fig*. 46, C), muni d'un flotteur qui indique s'il est vide ou plein (O), est chauffé au gaz (Y). Il fournit, par le robinet (*d*), de l'eau bouillante qui a déjà été stérilisée par le filtre Chamberland (F,B,N,) (1). Le conduit Q sert à l'écoulement de l'eau du chauffe-bains, quand elle arrive en trop grande abondance; c'est une voie de dégagement. Le tuyau R permet de vider complètement, quand on le désire et pour leur nettoyage, l'appareil en question. Le tuyau Z, avec robinet en (*p*), conduit le gaz à l'allumeur du fourneau à gaz, alimenté lui-même par le tuyau Y, avec robinet (*n*). L'opérateur et ses aides ne se servent que d'eau filtrée pour se laver les mains ; l'eau bouillante est destinée à étendre les solutions antiseptiques concentrées et froides, à réchauffer les compresses isolant le champ opératoire, les liquides où baignent les instruments, etc. Le filtre Chamberland fonctionnant sans cesse, le barillet est toujours plein, de même que le chauffe-bains. Il suffit d'allumer ce dernier pour avoir en quelques instants (dix minutes environ) de l'eau bouillante. Toute l'eau qui a servi s'écoule au dehors par le conduit (T et U), muni d'une sorte de siphon (V).

(1) Autrefois, avant l'installation du filtre Chamberland, ce chauffe-bains recevait l'eau par le tube (P), branchement de la conduite principale (E), pourvu d'un robinet (*c*).

2). — Au pied du même mur, mais de l'autre côté de la porte d'entrée de la salle, se trouve un grand *chauffe-linge* (*Fig.* 45, C. L.) alimenté par le gaz. (*A suivre*).

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (*suite*) (1).

B. — Instruments d'Optique médicale proprement dite.

II. — MAISON CHOQUART ET PEUCHOT.

Tout à côté était l'exposition de *MM. Choquard et Peuchot*, résultat de l'association d'un mécanicien éprouvé et d'un ingénieur distingué, travaillant depuis dix ans déjà à produire des chefs-d'œuvre d'ingéniosité mécanique et d'exactitude optique. On sait que l'optique médicale repose sur la détermination précise de la réfraction des milieux de l'œil, de leur degré de transparence individuelle, de l'amplitude d'accommodation, de l'activité de chacun des muscles de l'œil, de la fonction de la rétine à l'égard de la lumière et de ses divers modes, de même qu'en ce qui concerne les couleurs, etc. L'art des fabricants est de tenir compte des exigences scientifiques et de donner une forme pratique à l'instrument : c'est ce qu'ont fait ces industriels.

Voici des types d'instruments d'une réelle valeur, à l'appui de notre précédente appréciation :

L'Ophtalmoscope à réfraction du Dr PARINAUD est composé de deux roues qui permettent d'obtenir la série complète de 0,50 à 20°. Dioptries concaves et convexes. Ces séries s'obtiennent par la mise en mouvement d'une roue placée à la partie inférieure, et qui entraîne une roue supérieure ; la progression s'obtient donc automatiquement. Les verres ont un diamètre de 0,008 mill. et sont montés dans les roues sans aucune portée, c'est-à-dire qu'aucune partie de métal ne les limite ; toute la surface est utilisée, ce qui fait qu'à la rigueur on peut se servir de cet ophtalmoscope comme d'un optomètre. Deux miroirs, l'un de 25 cent. de foyer et l'autre de 8 cent., servent à la réflexion.

L'Ophtalmoscope à réfraction de M. le Dr GALEZOWSKI ne comporte qu'une seule roue, à double rangée de verres concentriques. Les verres convexes, formant une série de 1 à 15 dioptries, sont placés au centre; les concaves vont de 10 à 25 et sont placés à la périphérie ; un mouvement de haut en bas permet d'amener chaque série devant l'ouverture par laquelle regarde l'examinateur. Cet instrument fournit donc une série de verres très complète, les miroirs présentent des particularités qui ont de grands avantages sur les autres mobiles. L'appareil, en effet, contient deux miroirs

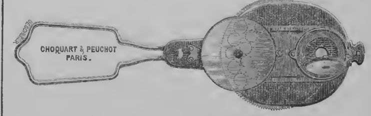


Fig. 47. — Ophtalmoscope de M. le Dr Galezowski.

montés sur une plaque modèle; cette plaque pivote sur son centre, ce qui permet de présenter chacun des miroirs en avant de la roue. Le premier de ces miroirs sert à l'image renversée et a 25 cent. de foyer; l'autre, d'un diamètre de 0,016 cent., a 8 cent. de foyer et sert pour l'image droite; l'observateur peut lui donner l'inclinaison qu'il désire et peut le tourner à droite ou à gauche, selon la position de l'œil examiné (Voir *Fig.* 47).

Le Chromatoptomètre et Photoptomètre de MM. COLARDEAU, IZARN et Dr CHIBRET est destiné : 1° à la constatation du daltonisme pour tous les groupes de couleurs complémentaires ; 2° à la mesure empirique du degré d'intensité de cette affection. Il est fondé sur la production simultanée par la polarisation chromatique de deux images circulaires tangentes et de couleurs toujours complémentaires. On peut, par la simple rotation des différentes pièces de l'instrument, obtenir les résultats suivants : 1° faire varier les nuances dans toute la gamme des couleurs ; 2° modifier simultanément le degré de saturation de deux nuances, depuis le blanc le plus pur jusqu'à saturation complète; 3° modifier à volonté l'intensité lumineuse de chacune d'elles séparément. — L'appareil se compose : 1° d'un nicol (objectif) polarisateur; 2° d'une lame rectangulaire de quartz taillée parallèlement à son axe optique.

(1) V. *Pr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1, 4, 5, 1890.

Elle est d'une épaisseur toujours bien définie (celle qui correspond à la teinte sensible dite de second ordre et que les constructeurs sont toujours sûrs de retrouver; 3° d'un analyseur bi-réfringent (oculaire) donnant les deux images complémentaires de l'ouverture circulaire qui placée devant le polarisateur à l'entrée de l'instrument est destinée à limiter le champ. Des repères permettent toujours de placer initialement la section principale de l'analyseur parallèlement à l'axe optique de la lame et à 45° du polarisateur. Dans cette dernière position les deux images sont blanches. Si, au moyen d'un dispositif convenable, on vient à incliner d'un angle mesurable sur un limbe; la lame autour de son axe optique la lumière la rencontrant obliquement en traverse une épaisseur croissant avec l'inclinaison. Il en résulte que la teinte de chaque image passe par toute la gamme des couleurs (toutes choses égales d'ailleurs). Etant donnée une position déterminée de cette lame correspondant à deux nuances complémentaires bien définies, si l'on tourne l'analyseur, les deux images se lavent simultanément de blanc et deviennent tout à fait blanches lorsque la rotation atteint 45°.

On a ainsi le moyen de constater 1° par le mouvement de la lame, si le patient est capable de confondre deux nuances complémentaires; 2° par celui de l'analyseur jusqu'à quel degré de saturation cette confusion a lieu. Enfin, si, à l'origine, le polariseur a été tourné de façon à faire avec l'axe optique de quartz un angle compris entre 0° et 45°, l'intensité lumineuse de l'une des deux images est affaiblie d'une façon variable avec cet angle jusqu'au point de pouvoir devenir nulle; cette condition paraît être indispensable dans certains cas où le patient pourrait accuser une différence qui tiendrait à l'éclat et non à la couleur.

« Avec le gypse, la variation des teintes de chaque image considérée individuellement se produirait trop rapidement pour se prêter à une mesure facile. » Les repères étant disposés pour que les deux images soient blanches et d'égale intensité, on engage le sujet à regarder dans l'instrument en visant un nuage ou un mur blanc. A la question : voyez-vous deux images semblables? il ne peut répondre que oui et témoigne par cette réponse qu'il voit bien ce qu'il doit examiner ultérieurement. Reprenant l'instrument, l'observateur dévie de la quantité minime le repère de l'oculaire et par suite les images commencent à être faiblement colorées. Le sujet reprend l'instrument et est invité à y regarder de nouveau en faisant tourner lentement le quartz jusqu'à ce que les deux images lui paraissent de même coloration. Les deux images étant toujours complémentaires et également éclairées, un daltonien seul peut les voir de même coloration. Si l'observé ne peut dans cet examen à aucun instant voir les deux images de même teinte, l'examen est terminé et négatif pour un degré. Reste toutefois la possibilité d'une achromatopsie, c'est-à-dire d'une absence de perception d'une des extrémités du spectre, vice qui aurait échappé dans le précédent examen. Pour rendre ce défaut manifeste, il suffit de ramener le repère de l'oculaire au point où les deux images sont blanches, puis, de tourner de 30 ou 40 degrés le polariseur. Dans ces conditions, le sujet, s'il est atteint d'achromatopsie, au lieu de voir une image blanche et une image grise, verra une différence de couleur là où il n'y a qu'une différence d'intensité lumineuse; il appellera vert par exemple le champ clair, et noir le champ foncé. En effet, s'il est aveugle pour le rouge, le blanc doit lui sembler vert puisqu'il voit : dans le blanc toutes les couleurs excepté le rouge, dans la complémentaire du rouge, le vert. Ainsi donc, en trois examens, dont deux n'exigent que quelques secondes, le troisième moins d'une minute, en deux minutes en tout, on peut affirmer qu'un sujet ne confond à aucun degré deux couleurs et qu'il les perçoit toutes. Dans le cas de confusion de deux couleurs complémentaires, on augmente la saturation par la rotation de l'oculaire; l'angle formé par l'oculaire avec le reste du système donne alors une mesure numérique et empirique de la confusion en fonction de la saturation. La rotation du quartz donne en même temps le nom des couleurs confondues.

Il existe un chromatomètre, celui de Rose, qu'un examen superficiel pourrait faire considérer comme analogue à celui de MM. Colardeau, Izarn et Dr Chibret. Les deux appareils diffèrent profondément, tant comme construction que comme principe et comme application. Le chromatomètre de Rose est constitué par : un nicol, un diaphragme, un prisme bi-réfringent, un quartz, un nicol. Le chromatomètre de MM. Colardeau, Izarn et Dr Chibret se compose des mêmes éléments moins un nicol. En outre le quartz au lieu d'être taillé perpendiculairement à l'axe est taillé parallèlement à cet axe, il en résulte qu'au lieu d'utiliser la polarisation rotatoire on se sert de la polarisation chromatique. Enfin Rose éteint les couleurs en les obscurcissant. MM. Colardeau, Izarn et Dr Chibret les lavent de blanc tout en conservant la même intensité lumineuse. Rose mesure donc le sens chromatique en fonction du sens lumineux : cet appareil au contraire ne mesure que le sens chromatique. Ce sont ces différences qui ont permis, avec un instrument plus simple, d'obtenir des indications plus exactes et plus rapides.

Rose, du reste, n'avait en vue que des examens physiologiques, tandis que MM. Colardeau, Izarn et Dr Chibret se sont proposés de construire un instrument clinique. Ils y ont réussi. La disposition même de la forme de l'instrument en est une preuve immédiate. Il s'agit simplement de mettre entre les mains du sujet à examiner une lunette légère qu'on lui fait tenir à l'aide d'une bague. On fait passer sous ses yeux, sans qu'il le sache, sans surtout qu'il voie le procédé, toute la série des couleurs conformément aux principes qui viennent d'être exposés, en imprimant les mouvements voulus à l'oculaire ou à l'objectif de la façon la plus simple. Un double cadran vertical et horizontal rend compte à l'observateur de la réalité et de la nature des phénomènes. Une notation très simple résume l'observation. M. Chibret a eu l'idée pratique de dresser le tableau exact du mode de procéder et des indications fournies par l'appareil, de sorte qu'il n'est besoin d'être ni ophtalmologiste, ni physicien, pour exécuter une chromatopmétrie ou une photoptométrie parfaite. Son petit tube devient, grâce à ces précautions, un instrument partout et toujours utilisable.

Le *Chromatomètre du* Dr Galezowski sert pour la recherche du daltonisme; c'est une échelle portant des verres de couleurs. Cette échelle comprend les couleurs principales acceptées par Chevreul pour la construction de ses cercles et de ses gammes de couleurs. Ces gammes ou colonnes se suivent dans l'ordre des couleurs du spectre. Chaque couleur peut être prise séparément ou bien avec sa complémentaire.

La *Lunette* Unger, lunette d'essai, se fait sur deux modèles. Le premier, est à écartement fixe; les deux yeux, pour la détermination de l'astigmatisme, sont mis en mouvement séparément par des vis placées à la partie inférieure. Le second, dont la figure est ci-contre, possède en plus, à sa partie supérieure, une vis de droite et de gauche destinée à assurer l'écartement pupillaire convenable (Voir *Fig.* 48).

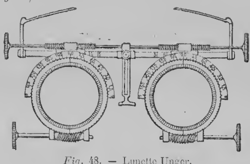


Fig. 48. — Lunette Unger.

La *Lunette d'essai du* Dr Chibret réunit, quoique le volume en soit assez restreint, toutes les mesures nécessaires à la prescription des lunettes. Les verres Cylind peuvent tourner avec la bague qui les porte par un frottement doux; l'écart pupillaire et l'écart temporal sont fournis par 2 vis indépendantes et pour chacune d'elles une graduation en millimètres donne très exactement les dimensions. Le nez, grâce à un pignon, peut monter et descendre; lorsque la partie mousse touchant à la figure est sur la ligne médiane, une graduation marque zéro; au-dessus et au-dessous de ce point une division nous donne la hauteur que devra avoir le nez dans la lunette qu'il convient de prescrire au sujet examiné.

L'*Optomètre* du Dr Javal se compose de deux roues montées sur pied, l'une portant les verres sphériques, convexes et concaves, et l'autre les verres cylindriques, également concaves et convexes. Un mouvement de rotation imprimé aux disques amène chaque numéro de verres devant deux œilletons, situés l'un à droite et l'autre à gauche, suivant l'œil que l'on examine. Chaque verre cylindrique est porté par une bague munie à sa périphérie d'une roue dentelée; un pignon unique imprime à tous ces verres un mouvement dans leurs cadres respectifs qui déplace les axes des cylindres, d'après les indications des divers méridiens kératocristalliniens de l'œil en observation; un cadran, divisé en degrés, permet de suivre l'inclinaison de l'axe, grâce à une aiguille dépendant du pignon qui commande les cylindres. L'appareil peut être surmonté d'une échelle de Snellen sur verre dépoli. En projetant l'image dans une glace on augmente la distance des caractères, d'après les exigences de l'optique et de l'ophtalmologie. Cet instrument remplace avantageusement la boite de verres; en quelques instants l'observateur a choisi les lunettes qu'il faut à son malade (Voir *Fig.* 49).

Le *Périmètre* du Dr Joos présente un très grand avantage, c'est sa légèreté; tout en conservant la grandeur de l'arc qui a 30 cent. de rayon. Il est constitué par une plaque de métal cambrée portant deux cavaliers pour les couleurs, l'un de droite,

l'autre de gauche. A la partie externe de l'arc, une division de 10 en 10 cent.; au centre, une tige avec bouton mousse que l'on appuie sur le bord de l'orbite ; en arrière, un cadran propre à l'orientation, suivant les différents meridiens. Le tout monté sur un manche. Poids total de l'instrument : 600 gr.

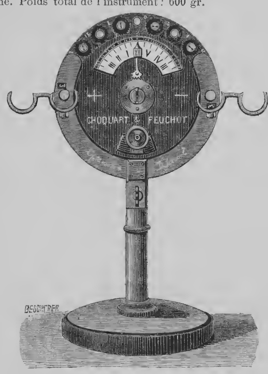


Fig. 49. — Optomètre de M. le Dr Javal.

Le *Miroir à foyer variable* du Dr PARENT se compose : 1° d'un miroir plan, en acier, pivotant et incliné à 35°; 2° d'un bras articulé muni de deux lentilles + 25 D et — 25 D. Lorsque les deux lentilles sont en contact (1re position), leur effet dioptrique est nul et le miroir agit comme un miroir plan ; lorsqu'elles sont éloignées l'une de l'autre de 1 cent. (2e position), leur effet dioptrique est de 13° environ sur la lumière incidente et le miroir plan se transforme en un miroir concave d'un peu moins de 8 cent. de foyer. De la 1re position à la seconde on obtient, avec un double bouton, portant un pignon qui commande à une crémaillère, toute toute la série des miroirs concaves depuis 1 catoptrie jusqu'à 13 catoptries. Le bras articulé avec ses lentilles est lui-même pivotant de sorte qu'on peut examiner, sans embarras, alternativement, l'œil droit et l'œil gauche du patient.

M. PARENT a fait fabriquer par la même maison ses *Ophtalmoscopes à réfraction,* munis non seulement d'un disque pour les verres sphériques convexes, d'un disque supportant les verres sphériques concaves, mais d'une série indépendante de *verres cylindriques concaves* à l'aide desquels l'oculiste corrige pendant son examen à l'image droite le méridien astigmate le plus réfringent et détermine ainsi exactement, par la superposition des verres, en s'adressant exclusivement à la méthode objective, la combinaison des lunettes qui convient à chaque cas particulier. La rotation des cylindres est obtenue aujourd'hui, dans le modèle le plus récent, dont l'invention appartient à MM. Choquart et Peuchot, par une roue à crémaillère qui commande à l'ensemble de verres de cet ordre et les fait mouvoir dans leur orbe d'après un mécanisme semblable à celui que nous avons signalé à propos de l'optomètre Javal ; de cette manière on les oriente d'après l'axe qu'impose le plus ou moins de netteté des branches horizontales et verticales des vaisseaux du fond de l'œil ; l'oculiste doit les voir à travers le verre également nettes ; à ce moment il a devant son œil le cylindre voulu et l'orientation convenable de l'axe de ce cylindre. Est-ce à dire que ces instruments dispensent de l'achat d'une *boîte de verres.* Pas absolument parce qu'il est incontesté que les verres qui corrigent réellement l'amétropie des malades, sont ceux dont l'association binoculaire est supportée sans accidents par le patient et qui lui montrent nettement des caractères typographiques à la distance voulue, le médecin tenant compte en même temps de ce qui reste à son malade d'acuité visuelle. Mais on n'a plus besoin que d'une boîte de verres simples, puisque l'optomètre Javal en contient une série complète. Quand on a déterminé les défauts de chaque œil, on place dans l'œilleton libre de la lunette surajoutée (Voir *Fig.* 49) celui ou ceux des verres qui conviennent à l'autre œil et l'on s'assure ainsi des effets binoculaires. Nous recommandons, en ce qui nous concerne, les boîtes en bois dans lesquelles les verres sont insérés entre des échelles tout en bois ; chacune de ces échelles porte sur le montant des bandes métalliques ; on y lit l'inscription des numéros des verres. C'est le spécimen exposé dans la vitrine dont nous nous occupons maintenant.

Nous n'avons pas encore parlé de l'*Ophtalmoscope binoculaire* parce que, suivant nous, les deux modèles inventés par M. Giraud-Teulon sont rien moins qu'aisés à manier. Les conditions d'éclairage et d'adaptation de l'instrument du regretté savant français constituaient de bien grosses difficultés. La sensation du relief des organes du fond de l'œil était avec eux difficile à obtenir. Ce qu'on obtenait de mieux, c'était, en interposant une forte lentille de + 20 D entre l'ophtalmoscope et l'œil observé, et en s'éloignant à une assez grande distance, l'attraction objective du globe oculaire entier, qui vous apparaissait comme isolé dans l'espace en avant de la tête du patient ; on eût dit un gros globe de cristal au sein duquel on distinguait nettement les milieux successifs de l'organe ; on percevait leurs épaisseurs respectives et, dans le lointain, on saisissait les dessins du fond de l'œil, de sorte qu'on se procurait, par ce procédé, la représentation fantasmagorique des lésions cornéennes cristalliniennes, hyaloidiennes, et surtout des plans verticaux occupés par les taches, corps flottants ou autres corps étrangers. C'était réellement merveilleux, à raison de la différence des colorations inhérentes à chaque organite normal ou pathologique. En se rapprochant, il fallait faire de grands efforts d'accommodation et d'équilibre entre les faisceaux lumineux incidents, les faisceaux lumineux réfléchis et les faisceaux d'éclairage projetés dans l'appareil oculaire, pour arriver à un examen parfait. M. Giraud-Teulon avait compris ce vice. La preuve c'est qu'il y a deux ans il « délivra », comme il le disait luimême, l'instrumentation dont il était l'auteur, de « la nécessité de recourir pour l'éclairage de l'œil à la lumière d'une source latéralement placée et réfléchie ensuite suivant l'axe de l'organe à observer ; il supprima le miroir réflecteur et les difficultes qui accompagnaient son maniement. Il lui suffit d'intercaler, entre les deux rhomboèdres chargés de fournir les sensations synergiques à chacun des yeux de l'observateur, un *foyer de lumière électrique* totalement isolé de façon à ce que les rayons en soient uniquement projetés dans l'œil du malade en observation. L'événement répondit à son attente et le modèle de MM. CHOQUART et PEUCHOT sera utilisé avec fruit par celui de nos confrères qui ne reculera pas devant le maniement d'une source électrique et d'une lampe à incandescence.

Enfin, plusieurs fois de nos élèves nous ont souvent demandé quel est l'*œil artificiel* qui leur rendrait le plus de services quand ils désirent s'exercer à la *pratique ophtalmoscopique.* Celui de M. PARENT nous semble remplir bien des conditions. On le rend en un tour de main mathématiquement myope, ou hypermétrope, on l'arme à sa guise de pupilles de plus en plus petites, on lui impose tous les fonds normaux ou pathologiques ; enfin un jeu de verres cylindriques à axes déterminés et changeants à la volonté de l'observateur en fait *ad libitum* un œil astigmate dans un ordre et suivant une espèce exactement définie. On fera ainsi une épreuve féconde de l'ophtalmoscope à réfraction et de tous les modes d'amétropie (pratique et théorie) ; on passera par toutes les gammes de la dioptrique, de la catoptrique, des verres correcteurs, des lunettes. Mais on n'oubliera pas que les linéaments de la physique brute doivent être subordonnés à la physiologie et qu'en présence d'un œil vivant il faut avant tout tenir compte de la réaction et de l'amélioration, du bien-être réel du malade.

Il faudrait encore citer l'exposition de la *Société des Lunetiers* (Okermans, Poircuitte, Alépée et Cie).

(*A suivre*). P. KERAVAL.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

Médecine opératoire (Ecole pratique). M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 17 mars 1890. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de 4e année. (Pour prendre la 16e inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices). Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. — *Conditions d'admission* : 1° Les élèves de 4e année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1890 (14e inscription) ; 2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet,

ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les Elèves ayant 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du Doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1889-1890: Ces Elèves seront admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 fr.) ; 3° Les Elèves obligés devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 10 février au 8 mars. — Après cette date nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des Etudiants inscrits ; 4° Les Docteurs et les Elèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

(Thèses de Janvier 1890).

M. Lesueur-Florent : *Etude sur les divers emplois du plomb métallique en chirurgie.* — M. Conte : *Contribution à l'étude de l'influence des injections interstitielles d'oxyde jaune de mercure sur les éléments globulaires du sang et sa richesse en hémoglobine dans la syphilis.* — M. Denis : *De l'origine aquatique de la fièvre typhoïde* (épidémie de Mouillepieds, près Rochefort). — M. Le Quément : *Relation d'une épidémie de dysenterie observée à bord du transport-aviso* La Saône. — M. Labouesse : *Amputations partielles et totales du pied* (étude de médecine opératoire). — M. Dubois : *Contribution à l'étude du vaginisme.* — M. Cornet : *De l'origine spasmodique des coliques et de leur traitement par les vaporisations rectales d'éther.* — M. Doublet : *De la kolpo-cystotomie dans le traitement de la cystite douloureuse rebelle.* — M. Le Quinquis : *Sur une manifestation épidémique d'hémiplégie faciale* (observations recueillies au cours d'influences associées : grippale, pneumonique et diphthérique). — M. Oui : *Etude sur quelques manifestations morbides observées chez les trieurs de moules des environs de Chatelaillon* (Charente-Inférieure). — M. Mirande : *Du traitement des kystes hydatiques suppurés du foie par les injections du naphtol β.* — M. Rougier : *Contribution à l'étude et au traitement de l'épithélioma bénin de la face.* — M. Borde : *De la vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale.* — M. Maclaud : *Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'oxyde jaune.* — M. Dupuy-Fromy : *De la traction cervicale graduée substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice.*

Statistique décennale des Docteurs en médecine de 1799 à 1888.

M. Gavarret a communiqué à la Commission du Comité consultatif d'Hygiène, dont nous parlons dans le premier *Bulletin*, la très intéressante statistique ci-après :

Période décennale.	Nombre des docteurs.	Moyenne annuelle des docteurs.
—	—	—
1799 — 1808 . . .	2446	264
1809 — 1818 . . .	3162	316
1819 — 1728 . . .	3880	388
1829 — 1838 . . .	5176	517 (1)
1839 — 1848 . . .	4077	407
1849 — 1858 . . .	4189	419
1859 — 1868 . . .	4140	414
1869 — 1878 . . .	5457	541
1879 — 1888 . . .	6141	619

Il ressort de cette statistique, que malgré les difficultés dont est entourée l'obtention du titre de docteur, leur nombre s'est accru progressivement depuis vingt ans, ce qui fournit un argument de plus en faveur de la suppression des officiers de santé.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Bal du 13 Février 1890).

L'Association générale des Etudiants de Paris a donné jeudi soir, dans les salons de l'Hôtel Continental ; c'est le premier bal qu'elle organise depuis sa création.

L'Association, dont on connaît bien au quartier des Ecoles les débuts modestes et les étonnants progrès, a voulu par ce bal affirmer son existence et son but auprès d'une certaine partie de la société parisienne, dont le moindre défaut a été jusqu'ici de considérer les Etudiants libres, livrés à eux-mêmes dans ce grand Paris, comme des jeunes gens incapables de s'astreindre aux usages du monde. Aussi a-t-elle dû vaincre bien des résistances, tenter bien des assauts pour assurer la réussite d'une fête de ce genre. Elle l'a pleinement obtenue d'ailleurs, jeudi soir. Le bal des Etudiants a eu pour son début un succès aussi grand que ceux de leurs camarades de l'Ecole polytechnique ou de l'Ecole normale. Nous y avons remarqué un certain nombre de notabilités du monde universitaire (scientifique, médical, littéraire, juridique), etc. Citons seulement M. le général Saussier, M. le général Galiffet, M. le recteur, MM. les doyens des différentes Facultés, M. Brouardel y compris, MM. Gariel, Gautier, Richet (Ch.), de la Faculté de médecine, quelques médecins des hôpitaux, M. Eiffel ; MM. Jobé-Duval, Garsonnet, Michel, de l'Ecole de droit ; quelques professeurs du muséum (M. Pouchet, etc.), MM. Riban, Peyron, Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique ; un grand nombre d'universitaires, professeurs de Faculté, proviseurs, censeurs et professeurs des lycées de Paris, etc.

Le bal a été très gai. On nous permettra de citer le programme du cotillon, *clou* de la soirée, car il a été réussi à merveille. Il était d'ailleurs tout à fait dans la note : 1° Invocation aux Muses ; 2° *Les Etudiants* ; a) Sciences : *Les anneaux de Newton* ; b) Lettres : *L'Aulularia* ; c) Médecine : *Le Bonnet de la Faculté* ; d) Droit : *Sentences sans appel* ; e) Beaux-Arts : *L'Enlèvement des Sabines* ; 3° L'Examen ; 4° Le Carrousel ; 5° Réception des délégations étrangères ; 6° La Manifestation.

C'est, nous le répétons à dessein, la première fois qu'un bal de ce genre a lieu à Paris. Jusqu'ici nos camarades de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole normale avaient pu seuls mener à bien une fête semblable. C'est là certainement un signe des temps. Nous adressons toutes nos félicitations aux organisateurs de cette soirée qui fait grand honneur à l'esprit qui règne à l'Association de la rue des Ecoles.

Actes de la Faculté de Médecine.

Mercredi 19. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Farabeuf, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série)* : MM. Hayem, Netter, Retterer; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. - 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Pinard, Tuffier· 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Delens, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Déjerine.

Jeudi 20. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Nélaton ;—(2e partie) : MM. Jaccoud, Ballet, Quinquaud.

Vendredi 21. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Jalaguier, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Netter, Chantemesse.—5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Segond ; — (2e partie) : MM. Fournier, A, Robin, Chauffard.

Samedi 22. —3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove, Hanot.— 4e *de Doctorat* MM. Peter, Dieulafoy, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Nélaton, Bar; — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Campenon, Quenu ; — (2e partie) : MM. Duguet, Hutinel, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 20. — M. Philippe. Traitement des anus contre nature.— M. Girard. Considérations sur les accidents immédiats produits par l'avulsion des dents sur les racines maxillaires à l'état sain.— M. Palasme de Champeaux. Du lymphadénome. — M. Jolly. Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. — M. Oiry. Etude sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé.

Enseignement médical libre.

Cours de Gynécologie. — M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours libre de gynécologie, 12, rue de Navarre, le mardi 25 février et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. M. le Dr Doléris fera ses premières leçons *sur les moyens d'exploration usités en gynécologie.*

Hôpital Lourcine. — MM. les Drs Balzer et de Beurman commenceront leurs conférences cliniques le mercredi 19 février, à 9 heures et demie, et les continueront les mercredis suivants.

Faculté de médecine de Paris. — M. Gilbert, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef du laboratoire de thérapeutique à ladite Faculté. — Un congé de trois mois, à partir du 1er janvier 1890, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monange, préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Durant une partie de cette période on avait supprimé le baccalauréat ès sciences, ce qui explique l'accroissement subit des docteurs.

FORMULES

VI. — Traitement de la Diarrhée.

VI. — I. Diarrhée d'intensité moyenne :

Teinture de chanvre indien. . . .	X gouttes.
Chloroforme en solution alco. (1 : 19)	X gouttes.
Teinture de Kino	3 gr. 75.
Eau de menthe poivrée	30 gr.

M. D. S. — Agiter ; à donner toutes les heures, ou de 3 heures en 3 heures, une cuillerée à café (enfants) ou à bouches (adultes).

II. Dans le cas de diarrhée intense :

Teinture de chanvre indien	X gouttes.
Solution de morphine (1 : 80)	5 à 10 gram.
Solution ammoniacale aromatisée. . . .	àà 20.
» alcoolique de chloroforme . . .	àà 20.
Eau distillée	30.

M. D. S. — A donner toutes les heures, ou de 3 heures en 3 heures, 2 cuillerées à bouche (adultes).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 2 février 1890 au samedi 8 fév. 1890, les naissances ont été au nombre de 1172 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 437 ; illégitimes, 140, Total, 577. — *Sexe féminin.*

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 fév. 1890 au samedi 8 fév. 1890, les décès ont été au nombre de 1066 savoir : 563 hommes et 504 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 3. T. 7. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 7, F. 11, T. 18. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 8, F. 11. T. 19. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 24, T. 45.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 160, F. 78, T. 238. — Autres tuberculoses : M. 14. F. 11. T. 25.— Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 19. T. 34. — Méningite simple : M. 14, F. 19, T. 34. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 27, T. 59. — Paralysie : M. 1, F. 3 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 4, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 27. T. 52. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 31. T. 56. — Bronchite chronique : M. 24, F. 24. T. 48. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 16. T. 29. — Pneumonie : M. 31. F. 35. T. 66. — Gastro-entérite, biberon, M. 12, F. 12. T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3. T. 9, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1. T. 1.— Fièvre et pé ritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 13, F. 18, T. 31. — Sénilité : M. 6, F. 23. T. 29. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 0. F. 5. T. 5. — Autres causes de mort : M. 114. F. 83. T. 197. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 3, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 10. Total : 43 — *Sexe féminin :* légitimes, 23 ; illégitimes, 10. Total : 33.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Sabatier, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Montpellier, membre du Conseil général des Facultés, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions d'assesseur du doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — M. Duplay, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté (hôpital Necker). — M. Beretta (César-Joseph-Savin), bachelier ès sciences, est nommé aide du laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Paris, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Rémy, démissionnaire. — Une chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — La chaire de physique mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Lille. — M. Dubar, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, des concours s'ouvriront devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille : le 10 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens ; le 20 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même école.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 10 novembre, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Aubaret, préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé préparateur de chimie à ladite Ecole, en remplacement de M. Baldy, démissionnaire. — M. Laval (Marie-Célestin-Helen), bachelier ès lettres, ès sciences, est nommé préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Aubaret, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira, le 10 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Nancy. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Universités étrangères. — *Troubles à l'Université d'Agram.* — Les étudiants croates de l'Université d'Agram ont fait une manifestation antimagyare. Ils sont allés faire une démonstration bruyante devant les fenêtres d'un député et de plusieurs de ses collègues. La police a arrêté plusieurs d'entre eux. Les étudiants croates de Vienne et de Gratz ont envoyé des dépêches à leurs camarades pour exprimer leurs sympathies.

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle a été tenue récemment dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence du Pr Lannelongue. Les membres sortants de la Commission administrative ont été remplacés par MM. Amodru, Coudray, Dehenne, Dubuc, Labarthe, Machelard, Menard et Philibert.

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès de MM. les Délégués des Sociétés savantes de Paris et des Départements s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 27 mai 1890, à 1 heure précise. Les journées des mardis 27, mercredi 28, jeudi 29 et vendredi 30 mai seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 31 mai, à 2 heures précises.

Crémation. — Le corps de Mlle Lapointe, artiste peintre, professeur de dessin aux écoles municipales de la ville de Paris, a été incinéré cette semaine au cimetière du Père-Lachaise. Cette demoiselle était âgée de vingt-cinq ans.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — M. Berthelot est nommé vice-président du conseil supérieur de l'Instruction publique pour l'année 1890, et M. Liard, secrétaire.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Wartmann (Ch.-L.) (Genève) est nommé officier d'Académie.

Hôpital civil de Mustapha. — *Mouvement pendant le mois de janvier* 1890. — En raison de l'épidémie de grippe qui a sévi pendant le mois de janvier, le nombre des malades à l'hôpital civil de Mustapha a été plus élevé qu'il ne l'avait jamais été ; un certain nombre de lits ont dû être placés sous des tentes et dans les sous-sols. La moyenne pendant la première semaine a été de 780 ; pendant la deuxième semaine, 840 ; pendant la troisième, 900 ; pendant la quatrième semaine, 875. Le minimum a été de 774 le 3, le maximum de 915 le 21.

Hygiène vétérinaire. — *Fièvre aphteuse.* — Le ministre de l'agriculture, considérant que l'épizootie de fièvre aphteuse s'est notablement développée sur le territoire de la Confédération suisse, vient de prendre un arrêté par lequel l'importation et le transit des animaux des espèces bovine, ovine, caprine et porcine, provenant du territoire de la Confédération suisse, sont interdits jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné.

Nominations. — M. le Dr Poignard est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque municipale de Saint-Mandé. — Nous apprenons que M. le Dr Milan

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Bologne.* — M. le Dr Pellacani, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé, après concours, professeur de médecine légale.

VASSITCH vient d'être nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Belgrade. Ce sympathique confrère est un élève distingué de M. Lasègue.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros de deux journaux nouveaux publiés l'un en Italie, l'autre en Allemagne: La *Rivista di Ostetrica* e *Ginecologia*, de Turin; — *la Revista das Sciencias medicas*, traduction en espagnol des *Centralblat f. Gyn., Chirurgie, klinische Medicin.* Cette publication est destinée à faire connaître dans l'Amérique du Sud et en Espagne les travaux allemands. Cette innovation nous a paru « très suggestive ». — En cherchant bien, on trouverait qu'il se fonde, à l'heure actuelle, environ un journal de sciences par semaine. On en a fondé plus d'une quinzaine depuis le 1er janvier 1890, sans la moindre exagération. Bon courage. (M. B.). — Nous recevons, en outre, le premier numéro d'une revue nouvelle, qui a pour titre : *Archives générales d'Hydrologie.* Elle paraîtra tous les mois et est publiée sous la direction de MM. Lécorché, C. Paul; le rédacteur en chef est M. P. Rodet. Nous souhaitons bon succès à notre nouveau confrère.

OBSERVATOIRE MAGNÉTIQUE DE POSTDAM. — On vient de construire à Postdam un observatoire magnétique. Les oscillations magnétiques sont reproduites photographiquement à l'aide de la lumière électrique. Il n'y a pas la moindre trace de fer dans tout le bâtiment ; on n'a employé ni tuiles, ni briques, ni tuyaux en grès, ni ciment, ni zinc, mais seulement des pierres calcaires, du cuivre et du bronze.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — MM. les Drs DOUBLET, LE QUNQUIS et MIRANDE sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE VIENNE. — Il vient de se créer à Vienne une Société de Dermatologie. Elle siègera tous les mercredis de quinzaine.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.— *Académie des Sciences tchèque de Prague.* — L'empereur d'Autriche a accordé 20,000 florins, pris sur sa cassette privée, à l'Académie des Sciences tchèque de Prague.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr A.-J.-B. ROLLAND, médecin à Montréal (Canada), spécialiste pour les maladies du nez et des oreilles. Elève des professeurs libres de Paris, à son retour au Canada, on lui confia une clinique et un dispensaire de Gynécologie à l'Hôtel-Dieu; il était un des principaux collaborateurs de la *Gazette médicale de Montréal.* — M. le Dr Jacob HOCK, célèbre ophtalmologiste de Vienne. Né en 1831 à Prague, élève de von Jäger, il fut nommé privat-docent d'ophtalmologie en 1872. En 1882, il fonda une clinique privée à Vienne. On lui doit un grand nombre de travaux appréciés: *Ueber die Grosse der Bilder bei Kombination zweier optischer Systeme,* 1871; — *Ueber Raddrehung des Augens,* 1867; — *Ueber scheinbare Myopie,* 1872; — *Ueber Sehnervenb eiden beigehirnkranken Kindern,* 1874; — *Die syphilitischen Augen Krankheiten,* 1876; — *Therapie der Netzhautabhebung,* 1878; — *Ueber angeborene Farben blindheit,* 1879; — *Ueber den geeigneteten Zeitpunkt zur Vornahme der Schieloperation ;* — *Beiträge zur Neuritis retrobulbaris periferica.* On lui doit en outre de nombreux articles dans l'Encyclopédie d'Eulenburg. Il est mort le 2 février dernier. — M. le Pr Otto BECKER, né le 3 mai 1828. à Domhof, près Ratzebourg, ancien assistant de Arlt, à l'Université de Vienne, ophtalmologiste très connu d'Heidelberg. Il avait été reçu en 1859 — M. le Pr E. von Wahl (Dorpat). — On annonce la mort, à Boma, au Côngo, d'un jeune confrère, M. Ferdinand PETIT, docteur en médecine, sorti l'an dernier de l'Université de Liège, décédé le 12 janvier à l'âge de 25 ans. Il avait pris, avec l'administration du Congo, un engagement de trois ans, et il est mort, en quelque sorte, d'une manière foudroyante. — On annonce la mort à Louveignez de M. D.-F. COLLARD, docteur en médecine, décédé le 25 janvier dernier, à l'âge de 65 ans, à la suite d'une longue maladie. Il était diplomé de l'Université de Liège, du 17 septembre 1855. — M. HONSZ, emporté par la grippe. — M. le Dr J BAILLÉ, médecin de l'hospice de Rabastens. — M. le Dr KYRIACOU, médecin en chef de l'hôpital des femmes (Hasseki) de Constantinople, gynécologue distingué. — M. le Dr Charles OZANAM, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1845), ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, un des médecins homéopathes les plus connus. Il avait été bibliothécaire de l'Académie de médecine. En 1867, il fut l'aumônier des zouaves pontificaux et, à ce titre, il assista à la bataille de Mentana. On lui doit un certain nombre de brochures médicales. Il meurt à l'âge de 65 ans. — M. le Dr L. BARTHÉLÉMY (Marseille). — M. le Dr BLACHE (Nouvelle-Orléans). — M. le Dr ENGELHARDT (Marseille).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE. — Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés (urgence déclarée). Volume in-4° de 129 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . 3 fr.

BLOCQ (P.). — **Migraine ophtalmique et paralysie générale.** — Brochure in-8° de 13 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . 35 c.

BERNARD (D.).— **De l'aphasie et de ses diverses formes.** 2me édition, avec une préface et des notes, par CH. FÉRÉ. Volume in 8° de 267 pages, avec 35 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . 3 fr. 50.

DUMORET (P.). — **Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin** (nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus). Volume in-8° de 167 pages, avec 8 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. 2 fr. 75.

MONOD (H.). — **Les cellules d'observations des aliénés dans les hospices.** Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

BOICESCO (A.). — De l'érythème noueux palustre. Brochure in-8 de 14 pages.

LEVI (D.-M.). — L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente progressive des cellules mastoïdiennes. Brochure in-8 de 12 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

POLAILLON. — Sur le traitement de l'endométrite par la flèche du chlorure de zinc. Brochure in-8 de 20 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. GOUPY et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT**.

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1) ;

II. — La nutrition dans l'hystérie pathologique.

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

L'étude des Tableaux X, XI, et de la *Figure* 50 est des plus intéressantes.

Tableau X.

Habill... Premier état de mal hystérique à forme épileptoïde.

DATES	NOMBRE D'ATTAQUES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	ALCALIN	TOTAL	TEMPÉRATURE	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr	gr	gr	gr.	rect.	
Du 24 au 25 avril 1889, de 11 h. à 11 heures.	8.729	970	35.40	9.11	0.627	0.627	1 25	38°,2	P. = 53 k. 500, le 24 avril
Du 25 au 26	11 357	400	34.10	9 21	0.54	0.78	1 32	37°,6	Total des attaques
Du 26 au 27	8 081	650	40	12.35	0.72	0.71	1.43	37°,6	= 47.310 ; 5 913 en
Du 27 au 28	5.382	980	35 25	12 60	0 67	0.90	1.57	37°,4	moyenne par jour.
Du 28 au 29	6.895	900	45	11.70	0 90	1 08	1.98	37°,6	Le 1er mai, à 7 h. du s.
Du 29 au 30	6.061	1150	44	11 50	0 84	0.56	1.40	37°,6	cessation des attaques.
Du 30 au 1er mai.....	4.624	1150	44	11.30	0 58	0.60	1 18	37°,6	Poids au réveil = 49 k
Du 1 au 2.	1 293	1600	33	14 16	0 65	0 75	1.40	37°,6	
Du 2 au 3.	»	2000	36	17.60	0 53	1 67	2 20	38°,4	Etat normal après l'état de mal.
Du 3 au 4.	»	1100	37	13 20	0.48	1.15	1 63	37°,8	
Du 4 au 5.....	»	1450	35.10	12.32	0 41	1 07	1.48	37°,6	
Du 5 au 6	»	1100	42.09	19.05	0.70	1.40	2.10	37°,8	

A l'état normal, Hab. (Tabl. XI) excrète 1,300 cc. d'urine donnant 43 gr. 25 pour 1,000 de résidu fixe, 20 gr. 30 d'urée, 2 gr. 13 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux : 0 gr. 63, et alcalin: 1 gr. 50, donnant la proportion normale de 42 à 100.

Le 24 avril 1889, à 11 heures du matin, débute l'état de mal. Le volume tombe à 970 cc., le résidu fixe à 35 gr. 40, l'urée à 9 gr. 11, l'acide phosphorique total à 1 gr. 25 se décomposant en terreux : 0 gr. 627 et alcalin : 0,627 réalisant ainsi l'inversion de la formule.

Tableau XI.

Moyennes de l'état de mal hystérique à forme épileptoïde d'Hab...

NOM		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 c. c	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Habill.... (salle Duchenne).	Et. de mal	950	38.84	11 49	0.69	0 75	1 44	92 à 100	Du 24 avril au 2 mai 1889.
P = 53 k 500.	Et. normal	1300	43 25	20.30	0.63	1 50	2.13	42 à 100	Du 20 mars au 25 mars 1889.

Ce sont là les caractères les plus typiques de l'attaque hystérique ; et, à ne tenir compte que de la période des 24 heures, nous pouvons dire que l'attaque d'hystérie à forme épileptoïde se comporte absolument, au point de vue chimique, comme l'attaque d'hystérie la plus classiquement normale.

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 ; nos 18, 19, 25, 1889 ; et n° 2, 1890, p. 19.

Puis les attaques succèdent aux attaques et, pendant 8 périodes de 24 heures consécutives, l'analyse donne toujours les mêmes résultats par rapport à la normale : diminution du volume, abaissement du résidu fixe, de l'urée, de l'acide phosphorique avec inversion caractéristique de la formule.

La moyenne de ces 8 journées (Tabl. XI) donne, en effet, 950 c.c. d'urine, 38,84 de résidu fixe, 11 gr. 49 d'urée, 1 gr. 44 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,69 et alcalin 0 gr. 75.

L'état de mal à forme épileptoïde n'est donc qu'une attaque d'hystérie prolongée, ce qu'il était permis de prévoir, mais ce qu'il n'était pas moins intéressant aussi de constater pour le plus grand bénéfice du diagnostic différentiel, comme nous le montrerons ultérieurement.

A d'autres points de vue, le graphique (*Fig.* 50) que fournit le Tableau X, prête encore à des considérations toutes particulières. Jusqu'ici, en effet, en présence d'un état de mal épileptoïde — nous pourrions dire de n'importe quel état de mal — le médecin interrogé sur la durée probable de cet état de mal était bien forcé d'avouer qu'il n'avait aucun point de repère pour prédire le retour à l'état normal, le réveil en un mot. On savait, et encore, que le jour qui précédait le réveil les attaques étaient un peu moins fréquentes, les intervalles entre les séries d'attaques plus longs, la connaissance plus longtemps complète, l'appétit un peu meilleur, et c'était tout. De sorte que si l'état de mal durait 8 jours, c'est à peine si le septième on pouvait prédire le réveil à brève échéance, ce qui, on l'avouera, n'était guère satisfaisant.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, et, dès le 2e ou 3e jour, on pourra prédire si l'état de mal doit être de longue ou de courte durée, et annoncer le réveil dès le milieu de l'accès lui-même, et cela en considérant simplement la courbe volumétrique.

Que voyons-nous, en effet, dans la Figure 50 qui n'est cependant pas un schéma des plus caractéristiques — en comparaison surtout de ceux que nous allons bientôt donner — une chute brusque: de 1.300 c.c., le volume tombe à 970 c.c., puis à 400, remonte à 650, oscille entre 900 et 980, puis il s'élève à 1.150 pendant 2 jours, et le réveil a lieu à 1.600 c.c.

En somme, chute brusque, plateau, puis relèvement coïncidant avec le réveil, caractères qui sont encore beaucoup plus accentués dans la première et dans la seconde partie de la Figure 51, relative aussi à l'état de mal à forme épileptoïde.

L'urée et l'acide phosphorique — la première a seule été figurée sur le tracé — suivent sensiblement la marche du volume. A propos de l'acide phosphorique, nous tenons à faire remarquer combien l'inversion de la formule que nous avons signalée est chose importante. Le dernier jour du premier état de mal (Tabl. X), la malade excrète 1 gr. 40 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,65 et alcalin 0,75 donnant le rapport très approximatif de 1 à 1. Le lendemain, l'acide phosphorique est remonté à 2 gr. 20 se décomposant en terreux 0,53 et alcalin 1,67, ce qui donne la proportion normale de 1 à 3, laquelle se continue les jours suivants.

Aussi, à ne considérer sur le Tableau X que les colonnes consacrées à l'acide phosphorique, on peut très nettement séparer les jours qui appartiennent à l'état de mal hystérique de ceux qui appartiennent à l'état normal. Nous ne pouvions demander meilleure confirmation de nos r[illegible]rches portant sur l'attaque bornée à la simple période des 24 heures.

Le lendemain du réveil, le taux de l'urine est encore plus élevé, puis survient une chute, et ensuite les oscillations ordinaires autour de la moyenne normale qui, dans l'espèce, est de 1.300 gr. Mêmes phénomènes en ce qui regarde l'urée, élévation, puis chute et oscillations autour du taux normal. Cette chute de l'urée, le 2[e] et le 3[e] jour qui suit le réveil, est intéressante à noter.

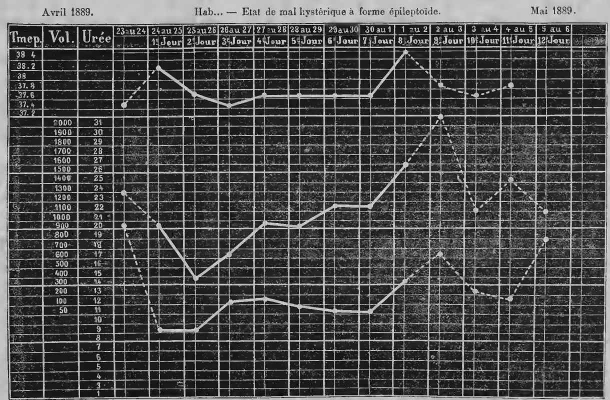
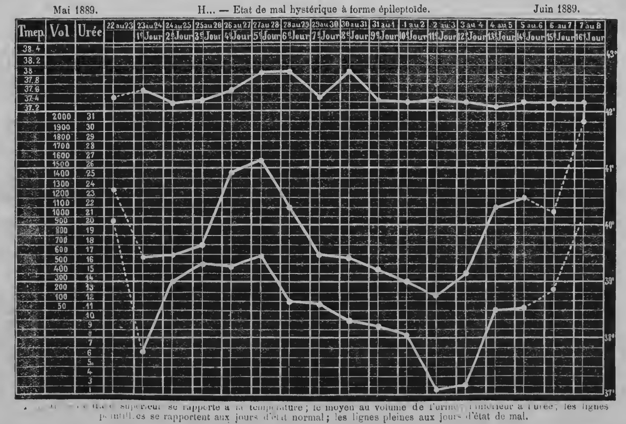


Fig. 50. — Le tracé supérieur se rapporte à la température; le moyen au volume de l'urine; l'inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.



[illegible] tracé supérieur se rapporte à la température; le moyen au volume de l'urine; l'inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

Dans tous les cas, dès le premier jour, l'assimilation devient très rapide, les malades mangent avec avidité et augmentent en poids de 500 gr. environ par jour pour rester stationnaires ensuite, lorsqu'il est atteint, autour du poids qu'ils présentaient avant le début de l'état de mal.

Peut-être nous reprochera-t-on de généraliser en nous inspirant uniquement d'une seule variété d'état de mal étudiée jusqu'à présent. Aussi, sans crainte de redites ultérieures, ajouterons-nous que les résultats généraux que nous énonçons sont, ainsi qu'on va pouvoir en juger, le résultat de 245 analyses portant sur 19 périodes d'état de mal de formes variées, et — ce qui augmente encore l'intérêt de notre proposition — comprenant 8 sujets différents.

Dans l'état de mal à forme épileptoïde, l'excrétion urinaire a donc une marche particulière ; elle tombe bas dès le début de l'accès, reste stationnaire autour d'un taux très inférieur au taux normal, et se relève pour aboutir au réveil que l'on peut prédire à partir de la cessation du plateau ; il va sans dire que ce plateau est plus ou moins long suivant la durée de l'état de mal.

Mais à toute règle il y a des exceptions qui ne font que confirmer la règle.

TABLEAU XII.

Hab... Deuxième état de mal à forme épileptoïde.

DATES	NOMBRE D'ATTAQUES	VOLUME	URÉE	TEMPÉRATURE	OBSERVATIONS
Du 23 au 24 mai 1889.		c. c.	gr.	rect.	
de 10 h à 10 heures	7 982	580	6.66	37°,6	
Du 24 au 25	5 225	600	14	37°,4	
Du 25 au 26.	4 880	700	16 10	37°,4	
Du 26 au 27	10.707	1450	15.95	37°,6	P. = 53 k le 23 mai.
Du 27 au 28.	8 009	1580	17	38°	Total des attaques = 117.572.
Du 28 au 29.	10 269	1100	12 15	38°	8 383 en moyenne par jour.
Du 29 au 30.	8 692	600	11 60	38°	
Du 30 au 31	13 687	580	9.91	37°,4	
Du 31 au 1er juin	8 968	430	9 10	38°	Dans la nuit du 5 au 6 juin,
Du 1 au 2.	11 083	300	8.40	37°,4	cessation des attaques
Du 2 au 3.	6 891	150	1 42	37°,3	Poids au réveil, 49 k. 890
Du 3 au 4.	4 483	390	2 02	37°,4	
Du 4 au 5.	6 340	1100	11 26	37°,3	
Du 5 au 6.	656	1200	11 20	37°,2	
Du 6 au 7.	»	1024	13 10	37°,3	Etat normal après l'état
Du 7 au 8	»	2030	21	37°,3	de mal.

Nous avons eu chez la même malade, H..., l'occasion d'observer un 2e état de mal, à forme épileptoïde, qui a duré 14 jours, du 23 mai au 6 juin 1889 (Tabl. XII, Fig. 51). Dès le premier jour, chute brusque du volume de l'urée, puis plateau et ascension en 2 jours qui nous faisait prévoir le réveil ; l'état de mal devait être, pensions-nous, de courte durée.

Du 27 au 28 mai, le volume monte à 1.580 c.c.; l'urée est à 17 grammes. A notre grande surprise — car nos recherches sur les autres états de mal étaient alors terminées et nous pensions pouvoir généraliser les résultats que nous avions obtenus — le réveil n'a pas lieu. Les attaques continuent : nouvelle chute du volume et de l'urée, plateau, puis relèvement à 1.200 grammes coïncidant avec le réveil, suivi des oscillations ordinaires autour du taux normal. (*A suivre*).

LES FEMMES ÉTUDIANTES EN BOHÊME. — Les journaux de Prague annoncent qu'il circule en ce moment parmi les femmes tchèques une pétition qui sera adressée au gouvernement de l'empire et qui demande que les femmes tchèques soient autorisées à suivre les cours des universités au même titre que les étudiants du sexe masculin.

REVUE CRITIQUE

Du rôle de la Syphilis dans l'étiologie du Tabes dorsalis et de la Paralysie progressive des aliénés ;

par M. le Dr S. VERMEL.

Les relations du tabes dorsal et de la démence paralytique avec la syphilis précédente ont fait et font encore l'objet de recherches nombreuses. Depuis les éminents travaux de Fournier, la plupart des neuropathologistes attribuent l'origine de l'ataxie locomotrice progressive à la syphilis et appliquent dans cette terrible maladie le traitement spécifique. Byrom Bramwell s'exprime ainsi sur ce sujet : « Dans la première phase de la maladie, *dans tous les cas de tabes*, faut-il recourir au traitement antisyphilitique rigoureux (1) ? » Tous les auteurs, qui partagent cette opinion, s'appuient sur la statistique qui paraît la confirmer. Mais l'analyse attentive des chiffres, la difficulté qu'on éprouve à obtenir des renseignements précis, en ne se basant que sur le témoignage des malades qui tantôt oublient leur passé, tantôt dissimulent avec intention certains faits de leur vie, nous fait être plus sceptique envers les conclusions fournies par la statistique. En effet, les chiffres des auteurs sur ce sujet sont fort contradictoires. Tandis que l'un d'entre eux a rencontré parmi les tabétiques 60-80 0/0 de syphilitiques, l'autre n'en a vu que 10-20 0/0. Landouzy et Ballet (2), sur 138 cas de tabes, n'ont vu que 21 syphilitiques, c'est-à-dire 15 0/0. Dans la statistique d'Oppenheim (3), sur 100 cas du tabes, il n'y avait que 17 syphilitiques. On peut trouver dans la littérature une grande quantité de faits semblables. Möbius (4) se prononce catégoriquement en faveur de l'origine syphilitique du tabes, ne se basant que sur 5 observations personnelles, dont on pouvait constater la syphilis dans 4 cas. Mais, comme l'a fait remarqué à ce propos Westphal (5), il est toujours facile de trouver 5 tabétiques qui n'aient jamais eu de syphilis ; ou bien on peut trouver 5 diabétiques qui aient eu, par exemple, le typhus abdominal ; et on peut tirer de là une conclusion sur l'origine typhique du tabes. Tout ce que nous venons de dire sur la statistique du tabes, on peut le répéter pour celle de la paralysie progressive des aliénés.

Mais si nous supposons même que les données statistiques plaident en faveur de la dépendance étiologique du tabes dorsal et de la syphilis, il reste encore à savoir s'il existe entre ces maladies une dépendance causale directe. Est-ce que : *post hoc* nous donne le droit de conclure : *ergo propter hoc*? Il se présente beaucoup de faits qui ne peuvent pas être expliqués au point de vue de cette théorie parasitaire. Les prostituées, il est facile de le comprendre, vivent dans les conditions les plus favorables pour contracter la syphilis ; et, malgré cela, le tabes est rare chez ces femmes. Byrom Bramwell, qui conseille d'appliquer le traitement antisyphilitique rigoureux dans tous les cas de tabes, dit : « Le tabes est très rare chez les femmes. Si la syphilis était la cause de cette maladie, les prostituées contracteraient le tabes dorsal plus souvent, etc. (6) ».

En outre, si nous envisageons les affections du système nerveux consécutives à certaines maladies infectieuses (les paralysies après la diphtérie, le tabes après la syphilis) comme provoquées par l'envahissement de l'organisme par le microbe diphtéritique ou syphilitique, nous ne pourrons nous expliquer pourquoi on n'observe pas de paralysies chez tous les malades ayant eu la diphtérie pharyngée ou de tabes chez tous les syphiliques. La cause fait toujours paraître ses effets ; c'est indispensable.

(1) Byrom Bramwell. — *Les maladies de la moelle épinière*, p. 246.
(2) *Annales médico-psychologiques*, 1884, janvier.
(3) *Neurolog. Centralblatt*, 1884, avril et juin.
(4) *Centralblatt f. Nervenheilk.*, 1884, mai.
(5) *Neurolog. Centralblatt*, 1884, juin.
(6) Byrom Bramwell. — *Loc. cit.*, p. 81.

*

Il est très difficile de se figurer un cas où la présence du Bacille typhique ou du Diplococcus de Friedlaender ne soit pas accompagnée des lésions de la région iléo-cœcale ou de la pneumonie croupale. Chez l'un, le processus est plus intensif, chez l'autre, plus faible ; mais sa présence est indispensable. Quant aux lésions du système nerveux, nous sommes en présence de tout autre chose : ce ne sont pas tous les syphilitiques qui contractent l'ataxie locomotrice ; ce n'est pas dans tous les cas de diphtérie que nous trouvons les paralysies des muscles du pharynx. Cela prouve, sans doute, que les relations entre le virus infectieux et les maladies nerveuses sont différentes de celles que nous voyons dans les affections des autres organes, produites par l'agent spécifique.

L'évolution de ces maladies nous confirme dans cette idée. L'envahissement par divers microbes pathogènes provoque des troubles profonds dans l'organisme humain : les lésions de l'intestin dans le typhus abdominal, du poumon dans la pneumonie croupale, du pharynx et du larynx dans la diphtérie, etc. Nous ne savons pas encore exactement les rapports entre la présence dans l'organisme de tel ou tel microbe et les lésions qu'il provoque. Est-ce le microbe même qui agit sur les tissus, ou sont-ce les ptomaines qui provoquent les affections caractéristiques ? Mais la coexistence de ces deux ordres de faits est hors de doute, et cette présence simultanée des choses constitue la *conditio sine qua non* de notre diagnostic et la base de la thérapeutique. Les microbes donnent naissance à la maladie, et la tâche du médecin est de paralyser l'action de ces êtres vivants sur l'organisme, de les faire disparaître. Or, si les microbes ont disparu, disparaît aussi la maladie, et l'organisme est guéri. Pour le système nerveux, nous remarquons tout une autre chose. Les lésions du système nerveux, dont on veut attribuer l'origine à l'infection, n'ont aucune connexion avec les microorganismes, pas même la relation de coexistence. Les paralysies diphtériques, comme on le sait, apparaissent au moment où il n'est déjà plus question de diphtérie, quand il n'est pas possible de supposer la présence dans l'organisme des bacilles diphtériques de Löffler. Cette circonstance met en relief la différence qui existe dans l'influence des microbes sur le pharynx, le larynx, la trachée d'un côté, et sur le système nerveux de l'autre. Au plus fort degré de la maladie, à l'époque à laquelle les microbes fourmillent pour ainsi dire et grouillent dans l'organisme, le pharynx et le larynx se couvrent de membranes gangréneuses, tandis que le système nerveux reste intact, et ce n'est que longtemps après, quand les microbes ont déjà abandonné le corps du malade, quand tous les symptômes, provoqués par la présence des microbes, ont déjà disparu, à ce moment se manifeste l'affection du système nerveux, montrant que la victoire remportée par l'organisme dans la lutte contre ses ennemis microscopiques lui coûte très cher. Ces faits prouvent-ils l'existence d'une dépendance directe entre les lésions nerveuses et l'infection ? Pas du tout. Ils prouvent seulement que l'envahissement des microbes a fait apparaître une maladie grave, que l'organisme pour combattre ses ennemis a eu à lutter longtemps, qu'il a usé ses forces dans cette lutte terrible, que cette maladie et cette lutte ont affaibli l'organisme, ont bouleversé sa nutrition, en sorte que le système nerveux qui est en général très sensible aux divers troubles de l'organisme est tombé à son tour malade.

La thérapeutique, on le sait, se base sur le principe : *Sublata causa, tollitur effectus.* Mais quels sont les résultats de l'application de ce principe dans les maladies en question ? Nous avons entre nos mains un remède puissant et spécifique contre la syphilis ; mais ce remède agit-il aussi bien sur le tabes et la paralysie progressive des aliénés ? On peut voir, il est vrai, apparaître d'un temps à l'autre, dans la littérature, des cas de tabes guéris par le traitement mercuriel. Mais tous ces cas nous inspirent toujours peu de confiance, le diagnostic en ayant été contestable ou bien la « guérison » restant très douteuse ; et nous pouvons témoigner avec assurance que jusqu'ici on ne connaît *pas un cas de véritable tabes guéri par le traitement antisyphilitique.* Pour démontrer ce point, nous ne nous arrêterons que sur le cas suivant. En 1886, le professeur Hebra (1) a montré à la *Société médicale de Vienne* un cas de tabes guéri par le traitement spécifique. Mais les nombreuses objections de célèbres médecins de Vienne, de Meynert, de Nothnagel, de Bamberger, etc., ont prouvé de suite qu'il s'agissait d'un diagnostic inexact. M. le professeur Nothnagel a ajouté, à ce propos, qu'il ne connaît *pas un cas* de tabes guéri par des remèdes antisyphilitiques. Les objections des opposants ayant été convaincantes, le professeur Hebra fut obligé de remarquer qu'il n'avait pour but que de montrer un cas « d'ataxie » guéri par du mercure (2). Tous les cas de cette catégorie ressemblent à celui de Hebra, en sorte qu'ils ne peuvent ébranler l'opinion d'après laquelle le tabes et la par. progr. des aliénés sont absolument incurables.

Il y a, en outre, quelques faits expérimentaux qui jettent une lumière sur le mode de développement de la paralysie progressive (et du tabes, car on a raison de regarder ces deux formes morbides comme identiques) sous l'influence de la syphilis. Ce sont les observations du Pr Mendel (3). Ce dernier a réussi à *provoquer expérimentalement la paralysie progressive chez les chiens.* En attachant un chien à une table, de façon à ce que la tête fût fixée sur la circonférence de la table et les pieds au centre, il faisait tourner la table très vite (120-150 fois par minute). Après 20-30 minutes d'une rotation pareille, les chiens mouraient. Mais, en ne faisant tourner les chiens de la manière décrite que pendant quelques minutes par jour, Mendel a réussi à provoquer, après un certain nombre de séances, chez les animaux, la paralysie progressive artificielle ; le tableau clinique, l'apathie, la démence, la paralysie des extrémités, la paralysie et les convulsions des muscles de la face, les altérations de la voix (de l'aboiement) correspondaient bien à ce qui s'observe dans la démence paralytique chez l'homme ; à l'autopsie des chiens on pouvait constater les altérations caractéristiques dans les méninges et dans l'écorce du cerveau. En analysant ces faits, Mendel explique ainsi le développement de la paralysie progressive : les altérations des vaisseaux cérébraux qui font l'émigration des globules blancs plus facile, d'un côté, et les hypérémies actives du cerveau provoquées par les causes occasionnelles, de l'autre, jouent le rôle principal dans le développement de cette maladie. Les hypérémies fréquentes du cerveau (à cause de l'ivrognerie, des excès, des émotions, etc.) chez un sujet, dont les vaisseaux cérébraux sont déjà altérés, peuvent provoquer facilement les processus caractéristiques pour cette maladie terrible. La valeur des hypérémies est prouvée par ce fait, qu'en fixant les chiens à la table décrite, de manière à ce que la tête se trouve au centre et les pieds à la circonférence de la table, en sorte que la rotation produise l'*anémie* du cerveau, il n'est pas possible de provoquer chez les animaux ni des symptômes cliniques ni des altérations anatomo-pathologiques. Cette circonstance explique, d'après Mendel, l'action favorable de l'ergotine dans la paralysie progressive (et dans le tabes). Il conseille de traiter ainsi la *paralysie progressive par la rotation anémiante* (la tête au centre).

En faisant à des chiens des injections de sublimé, Mendel a remarqué que la paralysie progressive artificielle se produit chez ces chiens plus vite et plus facilement. Il est facile de le comprendre. Le mercure ayant provoqué luimême les altérations des vaisseaux, les hypérémies produites par la rotation agissent sur les vaisseaux altérés plus énergiquement. En se basant sur ces faits, Mendel prétend que le mode de développement de la paralysie progressive chez les syphilitiques est semblable à celui de la paralysie progressive artificielle provoquée chez les

(1) *La Semaine médicale*, 1886, 17 novembre.

(2) En effet, il faut toujours distinguer entre le tabes qui est une maladie, et l'ataxie qui est un symptôme.

(3) *Sitzungsber. d. preuss. Akademie des Wissenschafts zu Berlin*, 1885, avril ; et *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885, août.

animaux par la rotation. En effet, la syphilis agit, comme on le connaît, avant tout sur le système vasculaire, d'où résulte que les influences nocives (les excès, l'ivrognerie, les émotions), produisant des hypérémies actives du cerveau, agissent sur un syphilitique, c'est-à-dire sur un sujet aux vaisseaux altérés, plus énergiquement que sur un homme dont le système vasculaire est intact. Il est évident que cette théorie, qui regarde la syphilis comme un agent provocateur des troubles de la nutrition, et la théorie parasitaire, sont deux. La théorie de Mendel non seulement nous explique bien pourquoi le traitement spécifique ne guérit pas la démence paralytique et le tabès, mais elle montre encore que ce traitement peut être très nuisible parce que le mercure est un poison pour le système vasculaire. Les observations de Mendel, nous les signalerons ici à propos, ont été confirmées par le professeur Fürstner (1).

Voilà donc la relation du tabes et de la démence paralytique avec la syphilis : le tabes n'est pas un symptôme de la syphilis, mais une tout autre maladie, dans l'origine de laquelle la syphilis joue un rôle indirect. La syphilis provoquant les troubles de la nutrition du système nerveux (des vaisseaux ?), les moments nuisibles que subit un syphilitique (l'ivrognerie, l'excès, etc.), font paraître chez lui *plus facilement* le tabes que chez un sujet qui n'avait jamais de syphilis. En se rappelant tout ce que nous avons dit ici, nous pouvons nous demander si le traitement mercuriel du tabes est utile. Le mercure n'est pas un remède indifférent ; il amène avec lui les troubles du système vasculaire et fait, peut-être, que la maladie s'aggrave, et les médecins, qui, d'après le conseil de Byrom Bramwell, appliquent le traitement antisyphilitique dans tous les cas de tabes, paraissent courir le risque de pécher contre le commandement ancien de la thérapeutique: *Noli nocere !*

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, 8 novembre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nécessité de la publication des cas de mort par chloroforme.

Nous profitons d'une indiscrétion, l'apparition très prochaine d'un nouveau livre sur les *Anesthésiques* de M. Dastre, élève de Cl. Bernard, professeur de physiologie à la Sorbonne, connu par ses nombreux travaux sur ces substances, pour attirer l'attention sur une question capitale, qui touche de très près à ce sujet. Volontairement et bien à tort, les chirurgiens s'obstinent à laisser dans l'oubli, à ne pas publier les cas de mort qui surviennent pendant l'anesthésie chloroformique pour des raisons que nous n'avons pas à apprécier ici. Nous reconnaissons que, à la vérité, quelques-uns d'entre eux, que la critique n'effraie pas, ont le courage au moins de citer, dans les statistiques qu'ils publient régulièrement, leurs catastrophes anesthésiques; mais, presque personne ne relate, avec les détails suffisants, la relation des cas de mort par chloroforme qui se produisent chaque année dans les hôpitaux de Paris.

Au lieu de se conter tout cela à l'oreille (et encore !) dans les couloirs de la Société de Chirurgie, pourquoi ne pas en faire mention dans une Revue spéciale, qui ne peut tomber dans les mains du public? Pourquoi dissimuler encore ? Pourquoi mettre sans cesse la chandelle sous le boisseau et, comme l'autruche qui cache sa tête sous son aile pour ne pas voir le danger, laisser à dessein dans l'oubli ces cas malheureux, sous prétexte qu'on effaroucherait les malades? Parlons plutôt latin (c'était jadis notre métier), ou... volapük, si nous craignons qu'on nous lise en dehors de la petite chapelle; mais consignons nos observations.

Il est absolument urgent d'essayer de sortir du chaos clinique où nous sommes, en ce qui concerne ce point de l'étude des anesthésiques ; et la seule façon de s'y reconnaître est de relater dans les annales de la science chirurgicale tous les malheurs observés. Mais, nous aurons beau prêcher. C'est une mode qui ne s'établira pas de sitôt chez nous, malgré son notable cachet d'exotisme anglo-américain. En effet, les Anglais surtout sont beaucoup plus courageux que nous sur ce point. Parcourez le tableau des cas de mort par chloroforme publié en 1880 par Duret (1), et qui comprend une période de 15 ans : vous serez frappé de ne trouver là que des observations d'origine anglaise ou américaine. Sur les 135 faits qu'on y trouve, nous n'avons relevé que 12 cas dus à des chirurgiens français ; et, détail bien topique et bien suggestif, sur ces 12 cas, 5 étaient inédits et seraient restés très probablement enfouis dans des cartons, sinon oubliés, si, par hasard, on n'avait pas donné comme sujet de thèse à l'agrégation de 1880 : *Des contrindications à l'anesthésie chirurgicale!*

Quand on pense que depuis 1847, au dire de Duret, il n'y aurait eu jusqu'en 1880 que 241 cas de mort par le chloroforme *pour le monde entier*, c'est à se demander à quoi peut bien servir l'histoire de ces 241 cas, car il n'est pas douteux que de 1847 à 1880 il y a eu plus de 1.000 morts pendant l'anesthésie, malgré l'avis de M. le Pr Lefort. A la discussion du début de 1882 à l'Académie de Médecine sur la chloroformisation, M. le Pr Lefort a dit, en effet, qu'il n'y avait pas plus de trois cents morts par chloroforme dans la science. 300 cas publiés, soit, quoiqu'en 1880 M. Duret, qui pourtant chercha bien, n'en trouva que 241. Mais combien n'ont pas été divulgués ? Il suffit de se reporter à ses souvenirs personnels et aux petits potins de salles de garde pour s'en convaincre.

Il faut pourtant qu'à quelque chose malheur soit bon et que, d'autre part, les observations recueillies ne restent pas inutiles. Aussi, demandons-nous avec insistance qu'on veuille bien imiter les journaux anglais et américains qui ouvrent largement leurs colonnes aux observations de ce genre. Nous donnerons les premiers l'exemple ; et, le nombre des accidents par chloroforme aura beau être grand, les cliniciens ne seront jamais embarrassés pour publier leurs faits, en raison du nombre énorme de colonnes dont ils peuvent désormais disposer chaque semaine dans la presse médicale française ! Dès 1880, Duret disait dans sa thèse que l'exemple du *British medical Journal* devrait bien être suivi et que les journaux de médecine devraient bien, comme ce dernier, relater tous les cas de mort qui parviendraient à leur connaissance. Cet appel sincère d'un candidat, manquant de faits, est resté cependant lettre morte. Et, malgré une telle recommandation, l'exemple n'a pas été suivi. En France, des indiscrétions de ce genre semblent n'être pas permises et les intéressés, ne pu-

(1) Duret. — *Des contrindications à l'anesthésie chirurgicale.* Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

bliant rien, nous ne sommes pas plus avancés qu'à cette époque. Plus ça change, plus c'est la même chose !

M. Trélat, en 1882 (*Acad. de Médecine*), était de cet avis ; il consentait bien à vouloir compter les morts, mais il ajoutait une restriction, presqu'inutile au point de vue scientifique, quoique pratiquement elle soit fort consolatrice, à savoir la nécessité de relater aussi les succès. Cette condition est presqu'inutile, en l'espèce, nous le répétons, puisqu'il s'agit d'élucider seulement la question de la recherche des causes de mort. Dans le public, il est aujourd'hui admis que si le chloroforme présente quelque danger, on doit quand même s'y soumettre. On est fixé sur sa valeur, car il a contribué à la guérison de trop d'amis. Sa cause étant désormais gagnée auprès des gens du monde, et les opérateurs ne craignant plus de se butter à une fin de non recevoir quand ils proposent l'anesthésie, pourquoi donc les chirurgiens s'acharnent-ils à ne pas faire connaître les malheurs qu'ils éprouvent ? Que nous importe, et qu'importe d'ailleurs à la Science le nom du chirurgien ! S'il tient à garder l'anonyme, rien de plus facile ! Un nom d'emprunt servira à distinguer les cas, et il peut compter sur la discrétion de la presse scientifique.

Si par bonheur (c'est une façon de parler), on se décidait désormais à garder avec moins d'énergie ces secrets de polichinelle — ce que nous ne croyons guère — il serait indispensable de ne pas oublier, dans la relation du fait, les moindres détails de l'anesthésie : sexe, âge, profession du patient ; diathèses qu'on lui a reconnues (alcoolisme, etc.) ; maladies antérieures (cardiaques, rénales, etc.) ; lésion pour laquelle on est intervenu. En ce qui concerne la chloroformisation, le moment de la mort, la quantité d'anesthésique administrée, le mode d'administration (doses faibles ou massives, avec ou sans intermittences, compresses, cornets, appareils, etc.) ; les qualités du chloroforme ; et surtout les circonstances dans lesquelles la mort est survenue. C'est là que les plus minutieux détails sont nécessaires ; c'est là ce que devra rédiger le chloroformisateur lui-même, surtout s'il a une habitude particulière de l'anesthésie ; s'il est, sinon physiologiste, du moins un peu observateur.

M. le Pr Dastre, qui est du même avis que nous et qui se plaint lui aussi de ne rencontrer dans la littérature que des relations écourtées et mal prises, nous rappelait récemment qu'on devrait apporter la plus grande attention dans la rédaction de cette partie de l'observation, si l'on voulait qu'elle puisse un jour servir à une étude critique sérieuse.

Aussi, pour faciliter de tels travaux, ceux qui journellement chloroformisent devraient-ils connaître à fond la partie physiologique de la question, sans oublier les notions récemment acquises sur ce sujet à la Sorbonne. Ils les trouveront d'ailleurs bien exposées dans le livre de M. Dastre, qui paraîtra sous peu, et qu'un de nos collaborateurs analysera bientôt dans nos colonnes.

Si les arguments que nous avons mis en avant dans cet article, écrit dans le seul but de contribuer à l'éclaircissement d'un point des plus obscurs de la physiologie appliquée à la chirurgie, pouvaient convaincre les chirurgiens français, — étant donné que la théorie des anesthésiques chez les animaux est aujourd'hui presqu'élucidée, — peut-être d'ici peu commencerait-on à voir un peu plus clair dans tous les désastres dûs au chloroforme ? Qu'on ne pense pas surtout que cet appel à la bonne volonté des praticiens soit la conséquence de catastrophes plus fréquemment observées en ces temps derniers ! C'est le contraire qui est vrai, et nous montrerons bientôt, dans un autre travail, que si tous les chirurgiens s'astreignaient à l'emploi d'un procédé déjà décrit mais encore mal connu, le nombre des accidents pendant l'anesthésie diminuerait dans une très notable proportion.

Marcel Baudouin.

Précautions contre les Incendies dans les hôpitaux.

Le *Medical Record* de New-York du 11 janvier nous annonce que, sur l'avis des *Commissionners of Charities and Correction*, le chef de bataillon Fisher et le capitaine Welsh, du corps des pompiers, ont examiné l'hôpital de Bellevue, dans le but d'étudier et d'indiquer les meilleurs moyens de protection de l'hôpital contre les dangers du feu.

A ce propos, nous devons rappeler que la plupart de nos établissements hospitaliers laissent beaucoup à désirer à cet égard ; que, il y a une dizaine d'années, le colonel Paris déclarait que, en cas d'incendie dans certains hôpitaux, il n'y aurait pas moyen d'intervenir efficacement. Qu'a-t-on fait depuis cette époque ? Peu de chose. Divers hôpitaux n'ont pas encore, malgré des réclamations réitérées, un suffisant approvisionnement d'eau, bien que, sur les instances du Conseil municipal, il y ait eu déjà des améliorations sérieuses. Il y aurait donc un réel intérêt pour l'Administration de l'Assistance publique à étudier les réformes à faire et à réclamer ensuite au Conseil les moyens de les réaliser.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 février 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. R. Blanchard a trouvé que le *pigment rouge des Crustacés Copépodes du genre Diaptomus était identique à la carotine*, découvert par Arnaud dans le règne végétal. Cette constatation fait connaître : 1° Une nouvelle substance chimique commune aux animaux et aux plantes ; — 2° La possibilité pour l'organisme animal de fabriquer des hydrocarbures, corps inconnus chez l'animal à l'état physiologique, mais très répandus chez les végétaux ; — 3° Un nouvel exemple de l'existence de la carotine indépendamment de la chlorophylle.

M. L. Mangin étudie la *substance intercellulaire* chez les Phanérogames et les Cryptogames (les champignons et beaucoup d'algues exceptés), les tissus à éléments mous sont constitués par des cellules reliées entre elles au moyen d'un ciment formé d'acide pectique à l'état de pectates insolubles.

M. L. Claudel décrit la *localisation des matières colorantes dans les téguments séminaux des plantes.*

M. Cornevin adresse une note relative à l'*influence du changement de milieu sur la répartition des sexes.*

Paul Loye.

Universités étrangères. — *Troubles à l'Université de Lisbonne.* — La police de Lisbonne a prononcé la dissolution de l'Association des étudiants. On a saisi les papiers au siège de l'association, que l'on considère dans les cercles politiques comme un instrument de politique de l'opposition.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. DU CAZAL. — *Sur l'amyotrophie spinale consécutive aux arthrites.* — Je présente un malade, garde de Paris, qui, en revenant d'un théâtre où il était de service, a fait une chute sur le genou droit. Consécutivement il se développa une arthrite, avec atrophie très rapide des muscles extenseurs de la cuisse. Chez ce sujet, cette atrophie doit être rattachée à une lésion spinale réflexe, comme l'a indiqué Vulpian ; car les réflexes rotuliens sont très exagérés ; d'autre part, la lésion spinale s'étend à toute la hauteur de la moelle et jusqu'aux centres supérieurs, car le réflexe rotulien provoqué s'accompagne d'un véritable cri, réflexe aussi, parfaitement involontaire. Ce cri ne se produit pas quand on provoque le réflexe rotulien gauche.

M. LABORDE. — On peut observer un cri semblable chez les animaux, lapin ou rat, auxquels on a enlevé les hémisphères et la protubérance, en respectant le bulbe. Dans ces conditions il est bien parfaitement réflexe.

M. DU CAZAL. — J'ajouterai que le malade n'offre aucun stigmate d'hystérie ; il présente seulement une augmentation de la résistance au passage des courants électriques.

M. DÉJERINE. — Cette augmentation de la résistance aux courants peut se rencontrer dans les circonstances les plus diverses ; et il ne faut pas en faire un signe de l'hystérie.

M. DÉJERINE rapporte une observation de *paralysie radiale chez un tabétique.* C'est un ataxique classique qui vit se produire sous ses yeux, sans causes de compression ou de refroidissement, une paralysie radiale droite qui dura un peu plus de trois semaines. Tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial étaient pris, y compris le long supinateur. La brusquerie d'apparition, la courte durée et la guérison spontanée de cette paralysie sont des caractères tranchés qui permettent de la rapprocher des paralysies oculaires ou des hémiplégies tant de la face que des membres, au cours de l'ataxie, qui ont souvent la même évolution. Ce malade a été atteint déjà de paralysie radiale droite, par compression, deux fois ; la dernière attaque remonte à plusieurs années. Il s'agissait, dans ces derniers cas, de la paralysie radiale ordinaire, différente de celle qu'on constate actuellement. Cette paralysie présente en outre des réactions électriques particulières : la contractilité musculaire était conservée, comme c'est la règle dans une paralysie radiale légère, mais le nerf radial avait perdu dans toute sa longueur son excitabilité électrique, quelle que fût l'intensité du courant électrique : ce qui est absolument anormal. Dans la paralysie par compression l'excitabilité est conservée au-dessous du point comprimé et abolie au-dessus. Le nerf radial se comporte donc vis-à-vis des courants électriques comme dans les paralysies radiales graves, les névrites traumatiques, tandis que le muscle se comporte comme dans une paralysie légère.

M. GALIPPE. — *Sur un micro-organisme des végétaux.* — L'auteur a pu isoler dans la tige du chou-fleur un microbe qui peut être rose, blanc, ou dichroïque suivant les milieux dans lesquels il pousse. On a décrit, sous le nom de Micrococcus roseus, un microbe qui se rapproche du premier, mais sans signaler ses changements de coloration. M. Galippe donne à cet organisme le nom de Micrococcus rosaceus Duclauxi.

M. CHAUVEAU. — Je présente, au nom de MM. RODET et GABRIEL ROUX, un mémoire sur *l'identification du Bacille typhique d'Eberth et du Bacillus coli communis.* Les recherches sur les eaux, causes d'épidémies, ont montré toujours en abondance le Bacillus coli. D'autre part, sur un typhique, ils ont pu cultiver le bacille d'Eberth seulement dans le sang de la rate, les matières fécales ne donnant que le Bacillus coli communis. Les auteurs ont donc tendance à croire que ce dernier bacille peut se modifier dans le sang et donner le Bacille d'Eberth, qui ne serait qu'une sorte de dégénérescence du Bacillus coli. On peut amener, par les cultures en bouillon ou sur plaque, le Bacillus coli à reproduire les caractères du Bacillus d'Eberth, mais jamais on ne peut ramener le second au premier.

M. DE VARIGNY est nommé membre de la Société de Biologie par 27 voix sur 45 votants. Alex. PILLIET.

ERRATUM. — Dans la discussion qui a suivi la dernière communication de M. DÉJERINE, à la *Société de Biologie*, lire : La sensibilité tactile passe dans les cordons postérieurs, non dans les cordons de Goll, qui sont sclérosés dans la syringomyélie, mais bien dans les cordons de Burdach.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. ROBIN donne lecture d'un travail de M. RENAUT (de Lyon) sur la *myocardite segmentaire essentielle chronique.* Elle est caractérisée par la dissociation segmentaire du tissu musculaire du cœur, par ramollissement du ciment, qui constitue la lésion fondamentale, unique et caractéristique de cette forme. Elle s'observe surtout chez les vieillards ou les alcooliques, les goutteux, etc., etc., ou enfin à la suite de maladies aiguës. — Le signe révélateur est l'*arythmie du pouls et du cœur,* qui revêt deux formes chez les vieillards : le faux pouls régulier et le pouls arythmique vrai, multiforme, le plus important. — Le second signe est l'*effacement du choc précordial localisé.* Le 3e est la *matité rectangulaire du cœur,* même à la période asystolique. A l'auscultation, on entend un *souffle systolique médio-cardiaque,* tantôt passager, tantôt permanent, se propageant très peu et ne s'accompagnant d'aucun bruit harmonique et surajouté, ce qui distingue cette myocardite de l'insuffisance mitrale. On n'y trouve pas non plus de tuméfaction, ni d'endolorissement du foie. Il existe généralement un léger œdème latent des malléoles. Il n'y a jamais d'asystolie vulgaire. La terminaison se fait par la mort, due à une syncope brusque, ou par des crises de tachycardie, ou encore à des thromboses ou des affections intercurrentes du cœur. La condition pathogène majeure est la sénilité et chez les sujets d'âge moyen l'alcoolisme ou les fièvres graves. — Comme traitement, il faut employer la digitale et les toniques ; le vin de champagne. Il faut protéger les malades contre les affections pulmonaires.

M. PANAS rapporte les essais qu'il a faits sur l'*action anesthésique locale de la strophantine et de l'ouabaïne,* déjà expérimentées chez le chat et le lapin, par M. Gley. D'après M. Panas, l'ouabaïne ne paraît pas avoir d'action sur l'œil humain. La strophantine, à cause de ses propriétés irritantes sur l'œil, doit céder le pas à la cocaïne.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un rapport sur un travail de M. Valude (de Vierzon) sur le *panbotano comme nouveau médicament spécifique de la fièvre intermittente et des accidents palustres.* M. Dujardin-Beaumetz conclut qu'avant de se prononcer sur sa valeur réelle il faudrait être bien renseigné sur l'action physiologique et toxique, confirmée surtout par de nombreuses observations.

M. CHAPUT rapporte l'observation *d'une résection intestinale pour fistule stercorale compliquée, par un nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire et suivie de guérison.*

M. LABOULBÈNE, à propos de l'observation de *pneumonie érysipélateuse* rapportée par M. Mosny, rappelle qu'il a observé autrefois, à Sainte-Périne, une sorte d'épidémie de pneumonie à la suite d'érysipèle, chez dix personnes, qui en moururent. Chez une autre personne, la pneumonie précéda, au contraire, l'érysipèle de la face.

M. GREHANT expose le résultat de ses *recherches physiologiques sur l'acide cyanhydrique.* — Il suffit d'injecter un centième de centimètre cube de ce toxique pour déterminer, en 40 minutes, la mort d'un chien de 10 kilos 600 grammes. Il reste dans le sang et va se fixer sur les éléments histologiques. Il s'élimine très peu par les poumons, et l'air qui circule dans les vésicules pulmonaires

enlève au sang beaucoup moins d'acide carbonique qu'à l'état normal et lui fournit, par conséquent, moins d'oxygène, d'où le trouble profond des phénomènes de la respiration intime des tissus et de la calorification.

L'Académie se réunit en comité secret pour établir la liste de présentation des candidats au titre de correspondant étranger. En *première ligne*, M. Lemoigne (de Milan); en *deuxième ligne, ex æquo*, MM. Bogge (de Copenhague), Fleming (de Londres) et Wirtz (d'Utrecht).

Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 Février 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. le docteur Melchior Torrès envoie à l'appui de sa candidature un mémoire intitulé : *Traitement du tabes par la neuro-traction.*

M. Antony (Val-de-Grâce). — La présente communication a pour but de démontrer la *contagion de la grippe.* Du 4 au 31 décembre, j'ai reçu 66 malades atteints de grippe ; j'ai observé de plus 14 cas intérieurs. Ces 80 cas se subdivisent en : 18 grippes simples sans fièvre ou avec courte période fébrile à chute brusque ; 42 grippes avec fièvre catarrhale et bronchite légère ; 14 grippes où la bronchite a constitué une véritable complication par son extension aux petites bronches et sa ténacité. 2 de ces malades, antérieurement entrés pour diarrhée endémique de Cochinchine, ont succombé. Dans les 2 cas le Streptocoque paraît avoir été l'agent infectieux, cause du décès. — 6 cas de bronchopneumonie dont 1 décès.

Les premiers cas intérieurs furent observés sur les anciens malades du service 3 jours après l'arrivée de cas de grippe bien caractérisés. 8 lits avaient été réservés pour les grands malades. Par suite de cet isolement relatif ou d'une immunité spéciale, aucun de ceux-ci ne fut atteint. 11 des cas intérieurs sur 14 se produisirent de 1 à 4 jours après l'installation d'un grippé dans le lit voisin d'un autre malade. Cette période d'incubation (?) a été de 1 jour dans 2 cas : 2 jours dans 4 cas ; 3 jours dans 4 cas ; 4 jours dans 1 cas ; 8 jours dans 1 cas. Les 3 derniers cas chez lesquels la coïncidence de l'apparition de la grippe avec le séjour d'un grippé dans un lit voisin n'a pas été observée, se sont produits chez des convalescents qui aidaient les infirmiers au service des salles. Il n'est pas possible de préciser chez eux la date ni le procédé de l'invasion. De ces observations et de celles de mon collègue, M. Burlureaux, je crois pouvoir conclure que la grippe a marché dans mon service comme les maladies manifestement contagieuses. Bien des objections ont été faites à cette idée établie par de nombreux faits depuis 1805 et plus récemment encore par ceux de MM. Tuffert et Proust. La grippe, comme les maladies contagieuses, envahit peu à peu les pays voisins ; l'universalité de ses atteintes ne peut pas plus être invoquée contre sa nature contagieuse qu'elle ne saurait l'être contre celle de la rougeole. Des faits précis et nombreux prouvent aujourd'hui que la grippe est contagieuse.

M. Barth se montre également partisan de la contagiosité de la grippe. Il a observé à Broussais une épidémie intérieure très nette. La période d'incubation s'est montrée la même que chez les malades de M. Antony. A un point de vue plus général, il est bon de remarquer que l'épidémie s'est propagée suivant la facilité des moyens de communication et la fréquence des rapports, envahissant d'abord les capitales, puis les villes secondaires, puis les bourgs et les hameaux. Cette marche suppose donc un rayonnement du contage en rapport avec les moyens de communication et non avec la direction des vents ou une orientation quelconque.

M. Hayem a observé chez tous ses malades de grippe, tant en ville qu'à l'hôpital, une urobilinurie manifeste, dont l'intensité variait avec la gravité des cas. Ce phénomène, qui paraît constant, doit figurer au nombre des symptômes de la grippe. Relativement à la contagiosité, les cas intérieurs ont été très rares à St-Antoine et ne pourraient servir de preuve ; mais ils n'ôtent point de valeur aux faits de M. Antony.

M. Comby confirme le peu de fréquence des cas intérieurs. Sur 60 malades, il n'en a eu que 8 pris dans le service. La maladie ne serait donc pas très diffusible.

M. Balzer appuie l'opinion de M. Comby; pendant toute la durée de l'épidémie, il n'a pas observé un seul cas intérieur.

M. Féréol rapporte l'histoire d'un malade atteint d'*anurie calculeuse* guérie après 8 jours de durée. Il s'agit d'un homme de 49 ans, goutteux, héréditaire et n'ayant, depuis plus de 20 ans, rien fait pour se soigner. Il a eu plusieurs crises d'anurie. La première, au mois d'octobre, a duré 34 heures et s'est jugée par l'émission de 2 litres d'urine, claire, non albumineuse; le lendemain, la malade a rendu un petit calcul d'acide urique. En novembre, nouvelle crise terminée par l'émission d'urines hématiques, non albumineuses. Cette crise était survenue à la suite d'un excès de régime. Le 7 janvier, troisième crise avec les mêmes symptômes prodromiques. Mais elle dura 8 jours pleins, pendant lesquels le malade rendit à peine quelques gouttes d'urine foncée. Le 15, subitement, il urina à plein canal et rendit presque incessamment 10 litres (mesurés) d'urine, contenant 14 gr. 70 d'urée, soit en tout 147 gr. en 24 heures et 14 gr. 40 de phosphates Vers le milieu de cette débâcle, expulsion d'un calcul d'acide urique gros comme un pois et de plusieurs graviers. Pendant ces huit jours d'anurie, le malade n'a pas présenté de douleurs vives, le sommeil était un peu troublé, le teint pâle légèrement cachectique. En somme, aucun autre signe morbide que la suppression de l'excrétion urinaire. Les seuls signes d'intoxication qui se montrèrent à la fin de la crise furent : 1° Ralentissement du pouls, qui tomba à 52 ; abaissement de la température (37,6, puis 37,4, 37,2 et 37 dans le rectum); 2° Dilatation pupillaire; 3° Sensation d'odeur ammoniacale dans la bouche et les narines. Ni vomissements, ni sécheresse de la peau.

Le lendemain de la déblâcle, le malade, très affaibli, présentait un peu d'excitation cérébrale ; mais, deux jours après, il était sensiblement revenu à son état normal. Le traitement, arrêté de concert avec MM. Potain et Guyon, fut : ventouses sèches sur les reins pendant 2 jours; électrisations, matin et soir ; pendant les six derniers jours, lait, potion diurétique de Beaujon et un litre et demi d'eau de Vichy (Hauterive) ; le 6e jour, grand bain ; le 7e, purgation, qui amena des selles aqueuses fréquentes pendant 36 heures ; inhalations d'oxygène pendant toute la crise. Le jour de la débâcle, le malade avait pris 0,30 de caféine. Il est difficile de dire ce qui, dans cette médication complexe, a été le plus utile au malade. Il a probablement dû la vie à l'intégrité de son tissu rénal. Quant à l'anurie, elle semble avoir été d'origine réflexe. L'obstacle qui produisait ce réflexe était manifestement à droite et probablement, vu le peu d'intensité de la douleur, dans le bassinet ou près de l'orifice inférieur de l'uretère. L'urée s'est accumulée dans le sang, car aucun des émonctoires supplémentaires n'a fonctionné spontanément chez ce malade. La purgation, très utile, qu'on lui a administrée a peu enlevé d'urée, puisque, lors de la débâcle, on en trouva 147 gr. dans l'urine. Un malade de M. le Dr Royet (de Saint-Benoît-du-Sault) peut être comparé à celui-ci. C'est un homme de 80 ans, atteint de goutte tophacée, qui a présenté une dilatation énorme de l'uretère gauche par des graviers, sans accidents urémiques ni anurie. Un jour, le malade, qui souvent malaxait sa tumeur, a rendu un plein verre de calculs, couleur marbre, et la tumeur a disparu. Elle ne s'est plus reproduite, bien que le malade ait présenté depuis, plusieurs crises d'anurie, dont aucune n'a duré plus de 36 heures.

M. Hayem. — Ce qu'il y a de plus intéressant dans le fait de M. Féréol, c'est qu'il va à l'encontre de l'opinion généralement acceptée, qu'un homme fabrique en 3 jours une quantité de poisons urinaires suffisants pour le tuer.

Il faut relever aussi la dilatation pupillaire, car, d'après Roberts, le myosis serait caractéristique de l'urémie consécutive à l'anurie prolongée. Il est fâcheux qu'on n'ait pas déterminé la richesse de l'urine en sels de potasse. C'eût été l'occasion de contrôler l'opinion de Feltz et Ritter. L'urée est toujours très abondante dans les urines rendues après une période d'anurie. Chez un malade, l'addition d'acide nitrique à une faible quantité d'urine détermina la formation d'un véritable culot de nitrate d'urée, ce qui prouve, le dosage quantitatif n'ayant pas été fait, qu'il y en avait beaucoup. Ce malade suc-

comba plus tard à une nouvelle attaque. Il est permis de se demander si sa mort n'a pas été produite par une syncope réflexe provoquée par les douleurs d'une colique néphrétique.

M. Féréol partage l'opinion de M. Hayem. Il a noté aussi la coagulation en masse de l'urine par l'acide nitrique. Mais lorsque l'anurie a duré longtemps, l'urine est généralement pâle et claire. La mort survient lentement par affaiblissement progressif et coma.

M. Ferrand. — Certains malades présentent pour la rétention des matériaux urinaires une tolérance extrême. D'autres au contraire s'intoxiquent rapidement. Ainsi un malade qu'on ponctionna 7 jours de suite pour une rétention d'urine se trouvait bien après la ponction, mais à mesure que la vessie se remplissait, le délire reparaissait et le coma revenait la nuit pour durer jusqu'à la ponction suivante. Ce malade présentait donc une susceptibilité extraordinaire à l'empoisonnement par les matériaux de l'urine. Il était d'ailleurs névropathe.

M. Féréol. — Il s'agit là de rétention d'urine. Chez les malades atteints d'anurie, les accidents urémiques sont plus longs à se produire que chez ceux qui ont de la rétention.

L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 *février* 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Kirmisson fait un rapport oral sur une observation de M. Lagrange (Bordeaux) intitulée: *Un cas de résection orthopédique de la hanche pour luxation pathologique.*

Jeune fille de 15 ans 1/2, qui à 10 ans eut une scarlatine et une arthrite coxofémorale (rhumatisme scarlatin). A la suite de cette arthrite, abduction notable, rotation en dedans, raccourcissement de 6 centimètres du membre inférieur. Une opération proposée pour replacer la tête, corriger l'attitude et le raccourcissement, fut exécutée le 8 octobre 1886. On trouva une subluxation de la tête en haut et en dehors, dans la fosse iliaque. M. Lagrange, après avoir détruit le cartilage de la tête fémorale, replaça cette portion de l'os dans la cavité cotyloïde et l'y fixa avec 2 broches d'acier. Le 22e jour, il enleva la seconde broche. Il n'y eut pas d'ankylose ; le résultat obtenu est bon au point de vue fonctionnel, mais le raccourcissement est resté le même.

M. Kirmisson fait remarquer que M. Lagrange n'a pas obtenu l'ankylose qu'il avait cherchée, qu'il a fait, non pas une résection de la hanche, mais une *arthrodèse*, puisqu'il a réintégré la tête fémorale en place, opération exécutée pour la première fois, en 1878, par Albert (de Vienne).

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Millot-Carpentier (de Montécouvé) intitulée: *Fibromyome de l'ovaire gauche. Ovariectomie.— Mort.* Il fait connaître aussi la statistique des opérations abdominales (14 cas) exécutées par M. Millot-Carpentier, statistique qui ne comprend que 2 morts.

M. Le Dentu fait une communication sur une variété rare de *fibromes de la paroi abdominale.*

En 1881, il ovariotomisa une femme de 38 ans; en 1888, cette femme se présenta avec une tumeur dans la cicatrice, tumeur grosse comme une noix, et médiane, qui débuta vers 1882. M. Le Dentu ne songea pas un instant au sarcome et crut qu'elle s'était développée autour d'un fil à ligature. Il l'extirpa dans une nouvelle laparotomie; guérison très rapide. A la coupe de la tumeur, il ne trouva pas de corps étranger. L'examen histologique ne fut pas fait.

M. Le Dentu ne pense pas qu'il s'agit là d'une chéloïde, car la tumeur paraissait s'être développée dans l'intérieur de la cicatrice, entre la peau et le péritoine. Elle était adhérente au péritoine, quoique bien enkystée, et ne devint que tardivement adhérente à la peau. M. Le Dentu croit qu'il s'agit là d'un fibrome simple, sans relation avec les os du bassin, développé dans une cicatrice. Sa malade, opérée depuis 20 mois, va bien.

M. Boutier est d'avis que tous les fibromes de la paroi abdominale ne sont pas en rapport avec les os du bassin. Il en a observé un au niveau d'un orifice herniaire, sans pédicule d'aucune sorte; toutefois, le péritoine présentait à ce niveau une sorte de vestige de sac herniaire.

M. Terrillon. — Il faut toujours songer à la possibilité des récidives dans la plaie après des ovariotomies pour kystes de l'ovaire. Il a vu une fois une récidive après 7 mois, dans la cicatrice; il l'enleva; 7 mois après, mort par généralisation. Il est regrettable que l'examen histologique n'ait pas été fait.

M. Berger. — Tous les fibromes des parois abdominales n'ont pas un pédicule qui les rattache au périoste. Il possède quatre observations où on n'en trouva pas trace. Ces fibromes se développent aux dépens des aponévroses de l'abdomen. Il n'a jamais observé de fibrome des parois abdominales avec pédicule manifeste.

M. Sée cite un cas (jeune femme) où, au contraire, il a noté l'existence d'un pédicule très net, du volume d'un tuyau de plume.

M. Terrier. — Il est très regrettable que l'examen histologique n'ait pas été fait. Il a observé des récidives très tardives dans la cicatrice des kystes de l'ovaire (5 ans dans un cas).

M. Le Dentu maintient son diagnostic fibrome.

Traitement des Endométrites par le Curettage utérin.

M. Bouilly fait connaître les résultats qu'il a obtenus en traitant les endométrites par le grattage utérin et en tire des conclusions au sujet des indications de ce mode de traitement. Depuis 1887, il a fait 81 fois le curettage de l'utérus ; il a pu contrôler les résultats dans 69 cas. Il a opéré 45 malades en ville, 36 à l'hôpital. Pour admettre qu'il y avait eu amélioration du fait de l'opération. il a attendu un an au moins. Dans cette statistique ne rentrent que deux sortes d'endométrites : l'endométrite simple et l'endométrite avec lésions des annexes de l'utérus telles qu'il les supposait modifiables par l'intervention intra-utérine. M. Bouilly a éliminé tous les cas d'endométrites avec déchirure du col qui réclament une opération complémentaire (opération d'Emmet), et toutes les endométrites qui accompagnent les fibromes et les polypes utérins; le curettage, pratiqué dans de telles occasions, n'est qu'une opération complémentaire, et n'est, en réalité, qu'une sorte de toilette de l'utérus, après ablation de la tumeur. Il n'a eu recours au curettage qu'après avoir employé tous les autres moyens gynécologiques utilisés en pareil cas. — Les trois indications principales qui l'ont déterminé à agir, ont été : Les métrorrhagies abondantes ou légères, mais revenant souvent; les écoulements muco-purulents abondants; les douleurs. — Le *manuel opératoire*, auquel il s'est arrêté, est le suivant: Anesthésie. Dilatation préalable pendant 48 heures avec une tige de laminaire. Il préfère de beaucoup ce procédé à la dilatation brusque et rapide. Il emploie une curette de Sims ou de Socin, un peu tranchante. Le col est la partie la plus difficile à nettoyer. Il cautérise ensuite la muqueuse avec du $ZnCl^2$ (métrorrhagies) ou de la glycérine créosotée (écoulement muqueux prédominant). Pansement intra-utérin à la gaze iodoformée. Parfois, cautérisations à la teinture d'iode. Jamais il n'a observé de complications, sauf, dans quatre cas, une légère sensibilité persistante au voisinage de l'utérus, et un malaise abdomino-pelvien très fugace. — Au point de vue des *résultats* thérapeutiques, il a perdu 12 malades de vue ; il a observé 39 guérisons, 15 améliorations (disparition d'un des symptômes capitaux au moins), 15 insuccès. Les 39 guérisons se rapportent à 15 cas d'endométrites hémorrhagiques et à 20 cas d'endométrites muqueuses ou muco-purulentes. Les résultats ont surtout été satisfaisants pour la variété hémorrhagique. A signaler tout spécialement un cas d'endométrite *caséeuse* (chez une femme âgée), à odeur infecte. Il a été très sévère au point de vue de l'appréciation des améliorations. La plus grande somme des améliorations correspond à la variété endométrite à écoulement muco-purulent abondant. Dans 3 cas les annexes étaient malades, mais l'opération n'a rien fait ; aucun résultat. Pour les 15 insuccès (11 fois il s'agissait d'endométrites muco-purulentes), les causes des insuccès ont été : 1° Une faute dans la technique opératoire ; 2° La réinfection de l'utérus après la sortie de l'hôpital ou pendant la convalescence. Cette réinfection se fait très facilement et c'est là un point d'intérêt général. Elle est due à l'emploi d'appareils malpropres (laveurs, canules en gomme très sales, etc.) et à un manque d'antisepsie postopératoire ; 3° L'existence d'une variété anatomique de métrite, variété fort rebelle. C'est l'endométrite

glandulaire du col avec catarrhe muqueux, presque solide, variété dans laquelle les glandes du col sont prises en entier et où il est impossible de détruire par le curettage les culs-de-sac de ces glandes, véritables nids à microbes. Le catarrhe se reproduit. 4° L'existence de lésions des annexes. — En résumé le curettage est une ressource précieuse dans le traitement des endométrites; pour les formes invétérées, rebelles, c'est le seul traitement, surtout s'il y a des hémorrhagies. Les endométrites muco-purulentes ne sont ordinairement qu'améliorées par le curettage. Ce procédé ne donne que des résultats incertains pour le catarrhe cervico-glandulaire, et des résultats nuls ou à peu près s'il y a des lésions des annexes.

M. Terrillon a fait depuis 1885 63 curettages utérins. Il emploie le même procédé que M. Bouilly, mais se sert d'une curette spéciale, sorte d'hélice en acier montée sur un mandrin. En ce qui concerne le pansement, au début il faisait le tamponnement vaginal, puis des lavages ; depuis deux ans, il fait le tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée passée à l'étuve et préparée avec grand soin. M. Terrillon insiste sur le danger des infections secondaires et des inoculations après la sortie de l'hôpital. En ce qui concerne les canules, il a fait examiner leur contenu, elles sont toujours extrêmement sales. Quand il y a lésions des annexes, on n'obtient rien ; il l'a expérimenté à dessein dans 12 cas. Chez ces femmes, alors même qu'il y avait des hémorrhagies, le curage ne calmait rien, l'hémorrhagie reparaissait. Il possède en outre 2 faits plus probants. Une malade ayant subie une salpingectomie double et son utérus restant volumineux avec des pertes abondantes, il a suffi d'un curettage pour amener la guérison de la métrite concomitante. De même pour une salpingite purulente à utérus gros qui ne guérit que par un curettage complémentaire.

M. Lucas-Championnière fait ressortir d'abord que M. Bouilly, vu le nombre des femmes qui viennent consulter à la Maternité, a dû choisir ses cas pour ne pas avoir opéré davantage ; ce qui prouve qu'il ne fait pas du curettage une panacée pour toutes les affections utérines. Il ne croit pas utile de tamponner l'utérus après l'opération ; il emploie seulement le tamponnement vaginal. Il vaut mieux ne pas faire de lavages, car on les fait mal souvent. Quand il y a lésions des annexes, non seulement le curettage est inutile, mais il peut être dangereux. Il y a des écoulements utérins qui lui paraissent dûs à la congestion de l'utérus, car ils coïncident avec des ovarites kystiques et un bon état des trompes.

M. Kirmisson se demande si on ne doit pas mettre en regard du curettage la simple dilatation utérine et la compare à la dilatation de l'anus dans les cas d'hémorrhoïdes.

M. Segond appuie les remarques et les conclusions de MM. Bouilly et Terrillon. Dans 6 cas il a curé des femmes atteintes à la fois de métrites et de salpingites, et il n'a jamais obtenu de résultat. Il cite deux faits semblables à ceux de M. Terrillon : curage après ablation des annexes, avec guérison. La dilatation arrête certainement les hémorrhagies utérines, comme l'a signalé M. Terrier.

M. Terrier ajoute que sa pratique diffère un peu de celle des orateurs précédents. Il n'a jamais eu d'insuccès en ville. Il met plus longtemps à dilater l'utérus, en moyenne 5 à 6 jours ; il préfère cette dilatation régulière et méthodique faite tous les jours. Il a laissé de grosses éponges préparées dans l'utérus au moment des règles et les femmes n'en ont ressenti aucun inconvénient. M. Terrier distingue les cas où la cavité utérine est dilatée et où l'utérus est dévié, des cas ordinaires. Il insiste sur la difficulté de la dilatation dans ces cas d'hypertrophie et de déviation utérines. Le grattage doit être très complètement fait sur les bords et sur le col; il trouve très justes les remarques faites sur le catarrhe glandulaire du col. Autrefois, après l'opération, il mettait des tampons iodoformés dans l'utérus, qu'il ait ou non cautérisé la cavité avec du chlorure de zinc ; aujourd'hui, il se borne à placer un tube à drainage au fond de la cavité utérine, tube qui est maintenu par des tampons vaginaux. Le tube tombe de lui-même. On retire les tampons vaginaux à mesure qu'ils se présentent à la vulve. — Après l'opération, M. Terrier a noté des vomissements durant de 24 à 48 heures, distincts des vomissements chloroformiques et dûs à une action réflexe. Si, en même temps que la métrite, il y a une salpingite très légère au début, le curage peut améliorer la lésion des annexes ; il n'en est plus ainsi si la salpingite est très appréciable et surtout si elle est suppurée. En réalité, le curage, dans les cas de lésions des annexes concomitantes, ne donne des résultats que très rarement et on n'y doit pas trop compter. M. Terrier signale en terminant la réinoculation, non pas seulement par les instruments malpropres, mais aussi par des coïts avec des sujets infectés; il en a observé un cas très démonstratif. De plus, la nature microbiologique des métrites est inconnue. Il faut absolument étudier leurs causes, car telle inoculation peut être facilement guérie par le curage, telle autre seulement améliorée.

M. Bouilly. — En somme, le curettage doit s'appliquer à des lésions localisées à l'utérus. Certainement, comme l'a dit M. Terrier, il modifie un peu et améliore les salpingites au début, mais c'est tout. Et, d'ailleurs, peut-être s'agit-il seulement d'améliorations spontanées du côté des trompes. M. Bouilly a observé des écoulements utérins non modifiables par le curettage; dans ces cas, il s'agit d'écoulements réflexes dûs à une lésion non pas des trompes, mais des ovaires (ovaires scléro-kystiques avec petites lésions correspondant à de grandes douleurs). Il faut tenir compte aussi du terrain au point de vue des douleurs (hystériques et névropathes), de la suggestion dûe à l'opération, etc.

M. Schwartz présente un *corps étranger traumatique de l'articulation du genou*, consécutif à une fracture.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 février 1890. — Présidence de M Labbé.

M. Berlioz lit une communication sur l'*acide sulforicinique et les solvines*. En 1834, Ronan l'a employé pour les teintures en rouge. Frémy s'est occupé postérieurement de ce corps. Jusqu'en 1886, on ne s'est occupé que de la question chimique. Dans l'industrie de la teinture, l'acide sulforicinique était très employé, ainsi que le sulforicinate de soude. On ne citait que le nom de solvines et pas celui d'acide sulforicinique, et le mode de préparation était très mal indiqué dans les auteurs. Ce corps a été encore appelé *dissolvant universel*, et a reçu un grand nombre de noms, ne servant qu'à tromper les industriels sur la nature du réactif. Le Pr Kobert a fait de nombreux essais avec les solvines et leurs composés chimiques. Elles ne sont pas irritantes et ne sont pas résorbées par la peau. MM. Ruault, Legroux, Périer se sont bien trouvés de l'acide sulforicinique comme dissolvant. On ne doit pas employer ce corps à l'intérieur.

M. C. Paul. — Ce dissolvant conserve-t-il l'odeur de l'huile de ricin ?

M. Berlioz. — Il n'a qu'une légère odeur fade ; il est acide, tandis que le *Prolysolvum purum* de Müller Jacobs sent l'ammoniaque et est alcalin.

M. C. Paul. — L'acide sulfurique donne-t-il les mêmes réactions avec les autres huiles qu'avec l'huile de ricin ?

M. Berlioz. — Avec ces autres huiles on n'obtient que des corps solides.

M. C. Paul. — N'y aurait-il pas un inconvénient, des effets nauséeux, en employant ce corps dans la bouche ?

M. Berlioz. — L'acide sulforicinique dissout l'iodoforme, le phénol, le selenium, la benzine, le chloroforme, etc.

M. Bilhaut lit un travail sur les *complications cérébro-spinales de la grippe*.—On a signalé la céphalée, les douleurs lombaires, etc., etc. Certains malades ont présenté des symptômes persistants semblant expliquer des lésions réelles des centres nerveux. Chez un malade âgé de 41 ans, j'ai constaté vers le 3e jour de la grippe, des contractions fibrillaires des muscles, de la rachialgie, puis de la stupeur avec vertiges, nausées. L'épilepsie jacksonienne persista deux jours, et le malade garda une certaine difficulté à marcher. Chez un second malade, j'observai de la paralysie vésicale en même temps que des douleurs lombaires intenses. Une petite fille fut atteinte de zona douloureux. J'ai rencontré deux faits d'épilepsie spinale parmi les observations publiées. M. le Dr Berthiot a observé un cas de paraplégie passagère. M. le Dr Lacave a vu aussi deux cas de paraplégie persistante. Un autre médecin a constaté

deux cas d'hémiplégie chez deux femmes. Chez une petite fille atteinte de lésions tuberculeuses, qui fut prise de grippe, j'ai constaté de l'otite, puis de la perte de la parole, des convulsions. Ces accidents étaient des accès d'épilepsie qui enlevèrent la malade. Le premier malade a guéri de ses troubles épileptiques par l'électrisation statique. L'opium et le sulfate de quinine ont bien réussi dans la plupart des cas.

M. Huchard. — La convalescence longue qui suit la grippe, même dans des cas peu graves, est fréquente en accidents divers; elle se complique souvent de faiblesse très grande. On abuse singulièrement du quinquina dans ces cas. On ne relève pas par ce moyen les forces du malade. Il serait bon que la Société s'exprimât sur les abus que font la plupart des médecins des préparations de quinquina. Cette convalescence est souvent caractérisée par l'affaissement cérébro-spinal. La maladie porte donc sur cet appareil et d'une façon grave. Je crois q'il s'agit le plus souvent de troubles dans l'innervation du pneumo-gastrique. En 1837, on a déjà constaté ces phénomènes, des grippes ayant donné un coup de fouet à des paralysies au début. On fait jouer un trop grand rôle à l'anémie. Il faut surtout agir sur le système nerveux. J'ai remarqué que dans les urines il y avait diminution des phosphates. J'ai ordonné à mes malades des phosphates et du phosphure de zinc. Cette médication m'a donné des améliorations rapides.

M. C. Paul. — On peut tout dire sur cette épidémie. Elle a porté sur tous les appareils. Elle a été dissemblable aux diverses périodes de son cours. Au début, elle a été bénigne, passagère, fugace. Elle s'est aggravée plus tard. Les pauvres ont été pris plus tard que les gens aisés. Elle a été d'abord caractérisée par un léger malaise avec état fébrile; la seconde période l'a été par des troubles gastriques, la troisième par des phénomènes respiratoires. J'ai peur qu'on n'ait fait subir à l'influenza toute la pathologie de la saison. La maladie ne s'est pas terminée comme dans les épidémies habituelles, par des formes atténuées. On a certainement abusé des préparations de quinquina. Elles n'ont cependant pas mal fait, données à des doses raisonnables. Il ne suffit pas de donner des phosphates pour les faire absorber aux malades. Il existe actuellement une eau phosphatée calcique.

M. Vigier. — On a le tort, en France, de faire des préparations de quinquina très alcooliques, ce qui est la cause de troubles gastriques. En ne se servant que des solutions aqueuses, on obtient d'excellents effets.

M. Duhomme a observé un cas d'hystérie, reparu pendant la convalescence de la grippe, après 20 ans de calme.

M. Huchard. — Je n'ai pas dit que le quinquina soit une mauvaise chose, mais qu'on en abuse et qu'il n'est pas suffisant pour relever les malades. J'ai observé aussi, dans la convalescence, des cas d'anorexie sans troubles gastriques. Si on lit les relations d'Ozanam et de Saillant, on se rend compte de l'imprévu des cas de la grippe épidémique. Les attaques postérieures sont plus graves que les premières. Chaque épidémie a eu un grand nombre de noms, qui dénotent bien les formes véritables qu'elles ont présentées. Dans toutes les relations, cependant, on a constaté des phénomènes douloureux et des phénomènes nerveux. La grippe exerce une influence aggravante sur toutes les maladies, surtout les maladies chroniques.

M. Moutard-Martin. — Il y a eu des phénomènes imprévus dans la marche de cette maladie, C'est après le début de la convalescence que les phénomènes respiratoires ont apparu. D'autre part, un grand nombre d'individus, sans être malades, ont été influencés par la grippe. Dans les cas de M. Huchard, les phosphates des mictions étaient-ils diminués par vice de désassimilation ou par diminution des phosphates de l'économie ?

M. C. Paul. — J'aurais bien plutôt compris qu'on donnât des phosphates, parce qu'on perdait trop.

M. Rougon. — La grippe était autrefois une maladie du peuple ; je crois que ce n'est pas un bon moyen que de donner des phosphates comme médicament.

M. Fernet. — Il m'a semblé que la plupart des convalescences étaient longues, pénibles, avec anorexie. Dans le cours de la maladie, les urines étaient rares, chargées en phosphates et en urates. Dans la convalescence, les urines restaient souvent les mêmes. Lorsqu'on voulait obliger les malades à manger de la viande, on se buttait à un inappétence absolue. Le quinquina augmentait les troubles gastriques. Le lait augmentait la quantité des urines. Il m'a paru que les malades se trouvaient bien aussi des phosphates. J'ai donné aussi avec avantage des eaux alcalines; et je ne donnais de viande que lorsque l'appétit était revenu.

M. Huchard. — J'ai constaté un grand nombre de fois l'état grippal qu'a signalé M. Moutard-Martin. A. Raoult.

BIBLIOGRAPHIE

Bactériologie chirurgicale ; par Senn (Chicago). Traduction française par A. Broca. — Steinheil, éditeur, 1890.

« Lorsqu'il y a six mois, dit l'auteur de la traduction de la *Bactériologie chirurgicale* de Senn, nous avons eu ce livre original entre les mains, cet ouvrage nous a été fort utile. » Nous pouvons assurer à tous ceux qui en posséderont l'édition française, récemment publiée par M. A. Broca, qu'elle leur rendra les plus grands services. Ils trouveront en effet, rassemblés dans ce volume, un grand nombre de documents épars çà et là dans la littérature médicale des deux mondes. Et le traducteur a grandement raison de croire qu'il a fait œuvre utile et qu'il a ainsi rendu service aux chirurgiens qui ne sont pas bactériologistes ; il aurait pu ajouter aussi : et surtout à ceux qui ne sont pas encore rompus aux méthodes et aux pratiques antiseptiques. Les additions dues à M. Broca lui-même sont fort judicieusement choisies et bien intercalées au milieu du texte de Senn. Mais pourquoi prétend-il qu'il n'a pu vérifier l'exactitude de certaines indications bibliographiques? A part cette petite chicane de bibliophile, la traduction de M. Broca n'en est pas moins à recommander vivement. Quant au livre de Senn lui-même, il présente les défauts de beaucoup d'ouvrages américains et anglais, rédigés trop vite et trop souvent dépourvus d'esprit critique. Que ce soit à dessein que Senn ait ainsi procédé pour la *Bactériologie chirurgicale*, nous n'en doutons pas un instant; mais il nous sera bien permis de souhaiter mieux. Certains chapitres sont plus spécialement à signaler en raison de leur intérêt. En voici quelques-uns: « *Les microbes pathogènes existent-ils chez l'homme sain* ?? — *Sources de l'infection* (Que les chirurgiens devraient méditer ce chapitre, beaucoup trop court et un peu incomplet! Il n'y a pas que l'air et l'eau à craindre en chirurgie !), etc. Nous aimons moins la fin. Quelle rage a-t-on de ranger les Psorospermies parmi les microbes? Passe encore l'*Actinomyces*, la question étant discutable et fort discutée en ce moment, quoique nous inclinions du côté de ceux qui pensent qu'on a affaire à un Champignon. Senn dit : « Je parle de l'actinomycose, quoique ce ne soit pas un microorganisme, puisqu'on peut le découvrir à l'œil nu ! » Alors pourquoi le titre de *Bactériologie?* Il faudrait pourtant s'entendre sur ce qui s'appelle bactérie et champignon ! D'autre part, si c'est M. Broca qui a ajouté à l'ouvrage de Senn le chapitre où il parle de Psorospermies, nous croyons qu'il a aussi un peu forcé les analogies. Il aurait fallu, dans ce cas, intituler l'ouvrage *Parasitologie* (?) *chirurgicale*. Il y a déjà assez de gens qui ne savent pas distinguer un microbe d'un sporozoaire pour qu'on ne les encourage pas dans cette voie. Qu'il y a-t-il de commun entre le *Streptococcus pyogenes aureus* et la Psorospermie décrite par Darier ? Marc. B.

Annuaire des Journaux ; par H. Le Soudier. Paris, in-8°, 1890.

M. Le Soudier, le premier libraire français qui ait à Paris établi un dépôt des livres étrangers de toute nature, parus dans toutes les langues du monde (*sic*), a eu l'idée de dresser la liste des publications périodiques qui ont vu le jour en France, et qui continuaient à vivre au mois de novembre 1889. Une table systématique complémentaire permet de se rendre compte des matières traitées par ces divers organes ; la recherche est ainsi aisée et rapide.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

III. — LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (*suite*) (1).

B. — Instruments d'Optique médicale.

I. — OPHTALMOLOGIE (*fin*).

2° — *Classe XV.*

Dans la 2e salle de cette Classe, c'est-à-dire dans la dernière du rez-de-chaussée du Palais des Arts libéraux, en allant de gauche à droite et en réservant un dernier coup d'œil pour les travées centrales, on rencontrait d'abord la *Maison Laurent*, où les savants n'avaient à considérer que son grand *Focomètre* (foyers, rayons de courbure s'inscrivant mathématiquement d'eux-mêmes à l'aide de cet appareil).

Puis M. *A. Goudeaux* nous soumettait un nouvel *Ophtalmomètre Javal*. On sait que le savant professeur de la Sorbonne cherche depuis longtemps les moyens de détermination expérimentale de la courbure réelle de la cornée, afin de remédier d'emblée aux anomalies objectivement constatées sur tel ou tel méridien de cette sphère. Il a produit son ophtalmomètre optique, instrument corrigeant exactement les images que font sur le miroir cornéen de l'individu examiné des mires qui constituent les ailes du tube correcteur. On voyait là un modèle moins compliqué, moins chargé de combinaisons optiques.

3° — *Classe VIII* (Enseignement supérieur).

Dans cette Classe l'ophtalmologiste n'avait qu'un endroit à s'arrêter, au *Laboratoire d'Ophtalmologie de la Sorbonne.* Il trouvait là les divers instruments de M. le Dr Javal. Citons les principaux : l'*optomètre à curseur;* — le *stéréoscope* et le *contrôleur de la vision binoculaire de Bulf*; — l'*ophtalmomètre de M. le Dr Javal* ; — le *stéréoscope à charnière de M. le Dr Javal, etc.*

En poursuivant la visite, on rencontrait bientôt un autre instrument sur lequel nous devons insister un peu. C'est le *nouvel Ophtalmomètre de MM. Leroy et R.Dubois*, qui date de l'an dernier. Ce dernier instrument, bien moins lourd, bien moins encombrant que celui de Javal et Schiœtz, en diffère en ce que, au lieu de mesurer directement l'image réfléchie sur la cornée de l'œil examiné, on rend la grandeur de l'image réfléchie constante, et l'on mesure la grandeur de l'objet variable suivant chaque cas. Cette modification permet de lire directement sur la règle qui porte les extrémités mobiles de l'objet le résultat cherché. On connaît donc immédiatement la courbure des méridiens de la cornée considérée. — Un mot encore pour l'*appareil de Boudréaux* destiné à l'étude générale de l'optique.

Nous avons déjà suffisamment sacrifié à l'Ophtalmologie pour ne pas élargir davantage le cadre de cette revue des instruments utiles à connaître pour les oculistes. — Cependant nous devons encore accorder droit de cité à l'*Exposition rétrospective des Instruments d'optique médicale et d'ophtalmologie scientifique*, collectionnés avec une compétence remarquable et savamment groupés par M. Gillet de Grandmont.

II. — INSTRUMENTS D'HISTOLOGIE.

Les Instruments d'Histologie que nous avons à mentionner étaient exposés, les uns, en très petit nombre d'ailleurs, à la Classe XIV (2e salle), les autres, la plupart, à la Classe XV; quelques-uns enfin se trouvent à la Classe VIII.

1° — *Classe XIV.*

A la Classe XIV, on trouvait déjà la *Maison Nachet*, qui, une des premières a construit en France le microscope scientifique sous l'impulsion du professeur Robin. Cette vitrine frappait aussi par une étincelante boîte de verres à l'usage des oculistes. Nous y avons distingué, de plus, le *Microscope hématologique de M. Hayem*, adapté aux besoins de la clinique médicale. Mais ce qui nous charma plus particulièrement, ce fut un bijou, constitué par un *nouveau microtome à glissière sur plan d'agate*, propre à exécuter automatiquement des coupes à l'alcool.

2° — *Classe XV.*

La Classe XV était, on le conçoit, bien mieux fournie, puisque c'est là qu'étaient les instruments de précision.

(1) V. *Pr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1, 4, 5 et 7, 1890.

On distinguait d'abord le cadre de *M. Dumaige*, où l'on voyait un *cercle mesureur* et surtout un *microscope Vignal.* Mais consacrons plusieurs minutes au *microtome Rocking automatique à bascule*, perfectionné par MM. *Henneguy* et *Vignal.* Cet arrêt est justifié par plusieurs motifs ; la multiplicité des coupes exige une grande rapidité d'exécution en matière de micrographie, mais il ne faut pas perdre en précision ce qu'on gagne en célérité. Choisissons donc des instruments remplissant cette double condition.

Une partie de cette remarque s'appliquerait à l'Electrologie scientifique. — Aussi ne nous en voudra-t-on pas de signaler ici, en même temps, les *galvanomètres*, les *vélocimètres*, la grande *bobine de Ruhmkorff*, le *Ohm Legal*, l'*ampère-étalon Pellat* du voisin de M. Dumaige, M. Carpentier.

Il fallait ensuite s'arrêter quelque temps devant la seconde exposition de *M. Nachet* à la Classe XV. Les microscopes A. Nachet (nous sommes dans les travées médianes de cette salle), notamment le grand modèle de M. le Pr de Lacaze-Duthiers, destiné à la photographie micrographique instantanée, placé dans un vaste écrin réunissant tous les organes et accessoires d'un microscope complet, sont très dignes d'attention. Nous connaissons par expérience les avantages et les inconvénients de l'instrumentation micrographique de l'initiateur français ; nous savons également qu'il a réduit ces inconvénients au minimum, et que, par suite, les avantages se sont trouvés augmentés d'autant. Mais nous n'ignorons pas non plus que les organes de fabrication optique de tous ces microscopes restent l'estampille d'une maison, et que c'est la raison pour laquelle, dans un laboratoire, on est astreint à se procurer une *série de systèmes optiques* de plusieurs fabricants; à soumettre tel genre ou tel ordre de coupes successivement à l'examen de plusieurs systèmes. C'est pour cela qu'on a dû adopter la vis universelle !

MM. *Verick* et *Stiassnié* sont particulièrement réputés à juste titre pour leurs *objectifs à grands angles d'ouverture*, objectifs donnant des grossissements puissants, sans altérer exagérément l'éclairage. Ils ont les premiers chez nous construit l'*appareil condensateur Abbé*, et les *objectifs à immersion homogène dans l'huite.* Ils ont perfectionné l'*hématimètre* ou *compte-globules Malassez* et l'hématoscope ou *hémochromomètre* du même auteur. Enfin ils ont lancé les *microtomes mécaniques* et fait beaucoup pour la *photographie microscopique.*

On se trouvait bien de passer d'emblée à la *Maison Bezu-Hausser et Cie* (ancienne Maison Prazmowski, Hartnack), après avoir vu la Maison Nachet et la Maison Verick, à titre de comparaison. Ses appareils de *photomicrographie*, sa collection d'*objectifs* à sec et à *immersion*, son micromètre, son oculaire binoculaire, son *microspectroscope*, son appareil de *polarisation micrographique* méritent d'être signalés ; nous devrions même les détailler davantage.

3° — *Classe VIII.*

A l'Enseignement supérieur, nous avons à signaler la *Maison Ross* (de Londres), remarquable par son *grand microscope inclinant*, chef-d'œuvre de mécanique et de combinaisons optiques, qui porte son éclairage avec lui sous la forme d'une petite lampe à essence; la tige qui supporte cette lampe est munie de plusieurs organes propres à modifier l'intensité lumineuse, à l'approcher et à l'éloigner. Nous avons comparé les tables de grossissement des jeux d'oculaires et d'objectifs des diverses maisons connues, et ce n'est pas sans quelque stupeur que nous avons enregistré un grossissement de dix mille à l'aide de l'objectif à foyer de 1/25 de pouce (anglais) et de l'oculaire F; la gradation suivante n'est pas moins surprenante par la combinaison des différents objectifs et de l'oculaire F : on note successivement les pouvoirs amplifiants de 1.600, 2.000, 2.400, 3.200, 4.000, 4.800, 6 000, 10.000. La même perfection progressive, au double point de vue mécanique et optique, se retrouve dans les appareils de photographie et les longue-vues de cette maison.

Les *microscopes* de *M. Watson et fils* (de Londres) sont aussi précieux par la double circonférence graduée dont est armée la platine, par leur condensateur Webster, et par leur baquet d'immersion destiné à l'étude du développement des Infusoires.

M. Pillischer (de Londres) installe sur les platines de ses microscopes des charriots présentant des mouvements en des sens divers; de petites pinces articulées, fort délicates et fort précises, servent à la préhension de telles ou telles parties de la préparation. (*A suivre*). P. KERAVAL.

VARIA

Hôpital français de Londres (*Banquet*).

Samedi dernier, à l'hôtel Métropole, s'est donné le banquet annuel de l'hôpital français de Londres. M. Waddington, ambassadeur de la République française, présidait la fête, ayant près de lui le lord-maire et les shérifs en costume officiel, l'alderman sir Polydore de Keyser, notre consul général et la plupart des consuls étrangers. M. Waddington et M. Léo Caubet étaient en outre accompagnés du personnel de l'ambassade et de celui du consulat. La présence des consuls étrangers s'explique parce que les portes de notre hôpital sont ouvertes à tous les malheureux à quelque pays qu'ils appartiennent ; il suffit que l'on souffre pour que l'on soit bien accueilli dans cette maison hospitalière, si française.

Après les toasts traditionnels à la maison royale d'Angleterre et au président de la République, M. Waddington, la lecture du rapport par M. R. Ruffer étant terminée, a fait un pressant appel à la générosité des assistants, les priant d'aider à compléter les fonds nécessaires pour l'achèvement du nouvel hôpital.

Le rapport de l'exercice démontre que, dans l'année qui vient de s'écouler, 366 malades ont été reçus à l'hôpital et y ont fait un séjour de 10,178 journées ; 12,354 consultations avec médicaments gratuits y ont été données à 3,682 malades externes. Les recettes, souscriptions volontaires, donations, legs, se sont élevées en chiffres ronds à 76,000 fr. et les dépenses générales ont été de 60,000 fr. environ. Le gouvernement français a accordé à l'hôpital un subside annuel de 1,200 fr., et le ministère de l'intérieur lui alloue depuis deux ans une somme de 2,000 fr. La Ville de Paris donne 1,500 francs (1); Rouen, le Havre, Boulogne-sur-Mer, Dieppe, Amiens, Reims, Dunkerque, Lorient, Roubaix, Grenoble et Nuits envoient aussi des souscriptions à l'hôpital français, que soutiennent encore les gouvernements étrangers. — Sir Polydore de Keyser a annoncé que, dans une dizaine de jours, il avait déjà pu réunir 7,500 francs qu'il apportait comme première contribution pour le nouvel hôpital. M. le docteur Vintras, médecin en chef de l'hôpital et l'un de ses fondateurs, répondant à la santé portée au corps médical, a fait part à l'assemblée d'une excellente nouvelle. Dans quelques mois, on va inaugurer l'hôpital que l'on est en train de construire et dont jusqu'à présent les dépenses ont été couvertes au moyen d'une souscription spéciale. Malgré les efforts de tous ceux qui s'intéressent vivement à cet établissement, qui sera digne de la France, le fonds de reconstruction n'est pas suffisant, et il est besoin de près de 200,000 francs pour combler les déficits. Après avoir répondu à sir P. Keyser et lui avoir exprimé sa reconnaissance, il a annoncé que le comité de l'exposition française qui va s'ouvrir à Londres au mois de mai avait promis de donner une grande fête au bénéfice de l'œuvre. Enfin M. Duval, trésorier, a donné connaissance des souscriptions recueillies, qui s'élèvent à plus de 50,000 francs.

Souscription publique pour ériger une statue à Boussingault.

Un Comité d'initiative s'est formé à Paris pour rendre un hommage suprême à la mémoire de Boussingault. Il fait appel aux savants, à tous ceux qui ont à cœur la prospérité et la gloire nationales, pour ériger sa statue et transmettre à la postérité les traits de l'illustre savant, du professeur populaire dont la France est légitimement fière. Boussingault, mort en 1887, est le fondateur de l'agriculture scientifique. Il a été l'initiateur dont le génie puissant a eu l'intuition des services que l'application directe dans les champs des méthodes scientifiques peut rendre à l'agriculture ; son activité persévérante en a donné le premier modèle.

Boussingault a marqué aussi son passage dans les autres branches de l'activité humaine. Il avait débuté par l'Ecole des mines de Saint-Etienne, où il accusa de rares aptitudes pour la chimie minérale ; il aima toujours à se reporter vers cette voie pour laquelle il avait une prédilection marquée ; l'industrie métallurgique lui a dû quelques-uns de ses plus beaux perfectionnements. Pendant sa jeunesse, il passa plusieurs années dans l'Amérique centrale, dont les forêts inexplorées, les montagnes et les volcans exerçaient sur lui une attraction irrésistible ; il en rapporta une foule d'observations sur la géologie et la météorologie, qui ont vivement éclairé la physique du globe, et qui rendirent son nom illustre. En même temps, fier lieutenant de Bolivar, il prenait une part active aux guerres de l'indépendance ; son nom est resté populaire dans ces pays lointains. Père de l'agronomie, Boussingault a été le bienfaiteur de l'agriculture moderne. En consacrant sa mémoire, nous acquitterons un devoir de pitié filiale et de reconnaissance. Les souscriptions sont reçues par M. Sagnier, secrétaire du Comité, 2, carrefour de la Croix-Rouge, à Paris ; — aux bureaux du *Journal de l'Agriculture* (librairie G. Masson), 120, boulevard Saint-Germain, à Paris ; — aux bureaux du *Journal d'Agriculture pratique*, 26, rue Jacob ; — à la librairie Gauthier-Villars et fils, 55, quai des Grands-Augustins, à Paris.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1[er] OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1889, PAR LE D[r] PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	18	16	3	37
2e	22	22	8	52
3e	40	51	15	106
4e	50	61	23	134
5e	23	40	9	72
6e	29	39	7	75
7e	21	33	6	60
8e	6	11	2	19
9e	24	33	1	58
10e	41	59	8	108
11e	103	163	61	329
12e	36	44	20	100
13e	40	74	38	152
14e	51	56	28	135
15e	65	109	34	208
16e	18	17	5	40
17e	62	86	12	160
18e	81	153	47	281
19e	56	86	31	173
20e	87	161	69	317
	875	1314	427	2616

MALADIES OBSERVÉES.

A	
Angines et laryng.	147
Croup	38
Coqueluche	16
Corps étrangers de l'œsophage	1
Ophthalmie	1
Otite	2
B	
Asthme	59
Affections du cœur	95
Bronchites aiguës et chroniques	227
Pleuro-pneumonie	186
Congestion pulmonaire	52
Grippe	134
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	146
Cholérine	50
Dysentérie	2
Athrepsie	49
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	82
Hernie étranglée	25
Rétention d'urine	12
Fissure à l'anus	»
Orchite	3
Chute du rectum	1
D	
Vulvo-vaginite	2
Métrite, Métro-péritonite	57
Métrorrhagie	72
Fausse-couche	75
Accouc. Délivrance	225
Accouc. non terminé	27
E	
Affect. cérébrales	100
Eclampsie. Convuls.	96
Paralysies	»
Névralgies	40
Névroses	83
Epilepsie	21
Aliénation mentale	22
Alcoolisme. Delirium tremens	28
Rage	»
F	
Rhumatisme	35
Affections éruptives	60
Pustule maligne	»
Fièvre intermitt.	1
Fièvre typhoïde	48
Hémorrhagies de causes internes et externes	93
G	
Plaies. Contusions	84
Fractures. Luxations. Entorses	28
Brûlures	2
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements	10
Asphyxie par le charbon	11
— submersion	1
Suicide	2
H	
Morts à l'arrivée du médecin	73
Total	2616

La moyenne des visites par nuit est de 28 43/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 21,63/100
Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 4[e] trimestre de 1888. . 1,960
— — 1889. . 2,616
Différence en plus. 656

Le mois de décembre comprend à lui seul 1,250 visites de nuit.

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1889.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1[er] Trimestre	626	1.107	370	2.103
2[e] Trimestre	581	970	350	1.901
3[e] Trimestre	602	948	374	1.924
4[e] Trimestre	875	1.314	427	1.616
	2.684	4.339	1.521	8 544

Pour l'année 1888, le nombre des visites de nuit était de. . 7.408
Pour l'année 1889, — — . . 8.544
Différence en plus pour 1889 . . . . . 1.136

(1) A l'une des dernières séances, le Conseil municipal de Paris a voté une subvention extraordinaire de 10.000 fr. pour contribuer à l'achèvement de l'édifice, au lieu de la subvention habituelle de 1.500 fr.

Une Monstruosité rare à Bordeaux.

On lisait ces jours-ci dans les journaux quotidiens :

On nous écrit de Bordeaux qu'un cas de monstruosité fort extraordinaire a été présenté, il y a quelques jours, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, aux professeurs et aux étudiants. Le sujet présenté est une femme jeune, âgée de vingt et un ans à peine. Elle est pourvue d'un *être soudé à elle* dans la région du bas-ventre. Ce parasite pèse approximativement 8 à 10 kilogrammes. Il y a eu, comme chez tous les monstres doubles parasitaires, fusion des deux êtres, dont l'un a subi un arrêt de développement. La cuisse droite du parasite, moins bien formée que la cuisse gauche, est parallèle à la direction du corps de la jeune femme ; la cuisse gauche se porte, au contraire, en avant, puis se plie à angle droit, de telle sorte que le pied arrive à hauteur de la taille du sujet. Cette sœur jumelle incomplète de la jeune femme est absolument dépourvue de tous mouvements volontaires et n'obéit qu'à ceux qui lui sont communiqués. La sensibilité va en diminuant de la cuisse au pied : une piqûre faite à la cuisse du parasite est vivement ressentie par la jeune femme ; mais celle-ci ne perçoit pas une piqûre faite au pied. Enfin, la température de cet être est inférieure à celle du corps principal. La jeune femme est, sauf cette monstruosité, parfaitement bien conformée. Mariée à quinze ans, elle a eu deux enfants, deux filles qui n'ont aucune malformation. Elle est d'ailleurs habituée à son infirmité ; elle a pu faire à pied une vingtaine de kilomètres. Lorsqu'elle est vêtue, rien ne révèle la présence du parasite, sinon un relèvement de la robe causé par la jambe gauche de celui-ci.

De tels cas ne sont pas désormais très rares dans la science ; nous avons lu récemment des descriptions de semblables monstres doubles dans les journaux spéciaux de l'étranger (américains en particulier). Profitons-en pour regretter que la Tératologie, cette science si intéressante, si neuve et si inconnue, ne soit pas enseignée, d'une façon didactique, dans nos établissements d'enseignement supérieur. A quoi bon avoir assisté aux travaux de Coste, Dareste, etc. ! Espérons qu'un jour viendra où tout cela changera. M. B.

Sciences et Volapük.

On nous prie d'insérer l'article suivant paru en Volapük dans un journal de Munich : *Cogabled et fefabled volapüka'*, nº 27, et dont voici la traduction :

« Je me propose de publier en Volapük un mémoire sur le poids et la longueur du corps des nouveau-nés. J'ai déjà recueilli les statistiques de la plupart des observateurs allemands et de quelques observateurs de France, d un auteur d'Angleterre, de la Belgique, du Danemark et de la Suisse, enfin une grande statistique personnelle. Beaucoup d'hommes instruits, principalement les gynécologistes et les anthropologistes se rendraient compte de la grande importance du Volapük dans les sciences, si les volapükistes (habitants ni l'Allemagne ni la France, car les matériaux de ce pays ne me manquent pas) voulaient bien me faire parvenir des notes prises dans des maisons d'accouchement sur le poids et la longueur des nouveau-nés ou m'envoyer leurs ouvrages se rapportant à ce sujet. Je prie les volapukistes, qui voudraient faire de cette manière du bien au Volapuk, de faire attention à ce qui suit. Je ne recueille le poids et la longueur du corps que des enfants nés vivants et à terme. Il est nécessaire que le poids, la longueur, le sexe et le lieu de naissance (la ville ou la province) de chaque enfant soient notés exactement. On voudra bien aussi me dire quel poids et quelle mesure ont été employés. Il serait désirable de désigner si un enfant est un jumeau ou une jumelle et de nommer le lieu de naissance de la mère, et, si c'est possible, du père. Promettant de publier avec mes remerciments les plus sincères les noms et le titre des ouvrages de mes collaborateurs, de les rembourser avec plaisir de leurs frais si les prix demandés sont acceptables, je répète ma demande ci-dessus mentionnée en faveur de la propagation du Volapük parmi les savants. Dr Mies, Bonn, Allemagne. »

Il résulte de cet article que l'auteur cherche à recevoir, à l'aide des volapükistes, des notes de tous les pays sur un sujet anthropologique, pour recueillir plus de matériaux que les bibliothèques allemandes n'en peuvent offrir.

La Crémation au Détroit (Etats-Unis).

Le journal de Michigan, ville du Détroit, annonce 22 crémations dans cette ville, entre le 14 décembre 1887 et le 31 juillet 1889. Ce journal parle de la crémation au point de vue sanitaire, mais il est quelque peu réservé pour recommander le procédé pour d'autres cas de mort qu'à la suite de la petite vérole. Une loi existe qui déclare que les corps des personnes mortes de la petite vérole ne peuvent être déplacés pour réenterrement que s'ils ont été préalablement incinérés.

Instructions du service de santé pour arrêter dans l'armée les progrès de la tuberculose.

Sur l'ordre du Ministre de la guerre, le directeur du service de santé a adressé, aux corps de troupes, des instructions pour arrêter la propagation de la tuberculose.

Nous y relevons les recommandations suivantes :

« J'attache la plus grande importance à ce que l'on éloigne immédiatement de l'armée les hommes qui présentent les symptômes de la tuberculose ; cette maladie est si souvent liée à ce qu'on appelle « la faiblesse de constitution », que les médecins experts devront examiner spécialement à ce point de vue tous les jeunes gens qui leur paraîtront être délicats ; ils se garderont bien cependant de baser expressément leurs propositions de réforme et d'ajournement sur l'insuffisance du périmètre thoracique, l'expérience journalière ayant prouvé qu'il n'y avait point de rapport absolu entre le développement de ce périmètre et l'intégrité des organes respiratoires ; ils motiveront exclusivement leurs propositions sur les signes que relèvent à la fois l'auscultation, la percussion et l'ensemble constitutionnel de l'individu. Tout homme présentant des signes certains de « bronchite spécifique » sera proposé immédiatement pour la réforme ; ceux chez lesquels on ne constatera que l'imminence morbide de la tuberculose *seront ajournés à trois mois*. Ces prescriptions auront pour résultat d'éliminer de l'armée des hommes prédisposés à la phtisie ; elles leur donnent le moyen de se faire soigner et, en même temps, elles éloignent de l'armée des causes d'infection et de propagation. D'un autre côté, en évitant la mise en route d'hommes qui seraient réformés au corps, on économise au Trésor des frais relativement considérables. Au surplus, cette méthode, partiellement appliquée, a donné des résultats appréciables. Ainsi, en 1867, la phtisie causait 2.23 décès pour 1,000 ; en 1877, elle ne causait plus que 1.45 décès pour 1,000 et en 1887 la proportion tombait à 0.99 décès pour 1,000. On peut espérer que la mortalité deviendra presque nulle. »

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Brissaud, Poirier ; — (2e partie) : MM. Strauss, Ch. Richet, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Rendu, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Fournier, A. Robin, Marie.

MARDI 25. — 2e *de Doctorat* (2e partie) MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Nélaton, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Peter, Debove, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Bar ; — (2e *Partie*) : MM. Laboulbène, Duguet, Chantemesse.

MERCREDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Pinard, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Netter, Chantemesse.

JEUDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Bar ; — (2e partie) : Dieulafoy, Hutinel, Quinquaud.

VENDREDI 28. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Delens, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Pinard, Segond ; — (2e partie) : MM. Straus, Rendu, Marie.

SAMEDI 1er. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Netter. — 4e *de Doctorat* MM. Peter, Gilbert, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Brun, Quenu ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Maygrier, Nélaton.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 25. — M. Kœnig. De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendent. — M. Lachèse. Les eaux minérales de Jouannette (Maine-et-Loire). — *Mercredi* 26. — M. Conzette, Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. — M. Hudelo, Lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. Lésions du foie. — M. Vaquez. Thrombose cachectique. — M. Nicolle. Grandes scléroses cardiaques. — *Jeudi* 27. — M. Rietfel. Récidives et généralisations du cancer du sein chez la femme. — M. Parmentier. Le foie cardiaque. — M. Lion. Nature des endocardites infectieuses. — M. Berthélemy. Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive. — M. Mohammed-Chaker. Etude sur l'hématurie d'Egypte causée par la bilharzia hæmatobia. — M. Gaube. La diphtérie à Bordeaux.

FORMULES

VII. — Vin de Cascara sagrada.

VII.— I. Extrait de fluide de Cascara sagrada 1 partie.
Vin de Xérès . . . . 9 parties.

M. D. — Filtrez.

II. Cascara sagrada . . . . 1 partie.
Vin de Xérès . . . . 10 parties.

S. — Macérez pendant huit jours, pressez et filtrez. Ces vins s'administrent à la dose de 1 verre à liqueur jusqu'à 1 verre à madère, comme laxatif.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 9 février 1890 au samedi 15 fév. 1890, les naissances ont été au nombre de 1311 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 484 ; illégitimes, 137, Total, 661. — *Sexe féminin :* légitimes, 478 ; illégitimes, 182, Total, 660.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 fév. 1890 au samedi 15 fév. 1890, les décès ont été au nombre de 1115 savoir : 605 hommes et 546 femmes Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 2, F. 3. T. 5. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 12, F. 10 T. 22. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 13, F. 12. T. 25. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 12, T. 43.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 155, F. 87, T. 242 — Autres tuberculoses : M. 17. F. 14 T. 31 — Tumeurs bénignes : M. 15, F. 33. T. 48. — Tumeurs malignes : M. 0, F. 2. T. 2. — Méningite simple : M. 22, F. 25, T. 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 28, T. 53. — Paralysie : M. 3, F. 1. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 4 F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 28. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 20. F. 18 T. 38. — Bronchite chronique : M 31, F. 22. T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 29. T. 42. — Pneumonie : M. 31. F. 39. T. 70. — Gastro-entérite, biberon, M. 25, F. 15. T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 7. T. 11, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0 T. 1.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 17, F. 23, T. 40. —Sénilité : M. 23, F. 31. T. 54. — Suicides : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres morts violentes : M. 6. F. 5. T. 11. — Autres causes de mort : M. 97. F. 95. T. 192 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 8. Total : 37 — *Sexe féminin :* légitimes, 27; illégitimes, 21. Total : 48.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu). Professeur M. Panas. — M. le Dr Chaffard, chef de clinique, commencera un cours d'Optique physiologique, le vendredi 21 février 1890, à 5 heures (amphithéâtre Dupuytren), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Dubar, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Dumont est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Stroup, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. Moulonguet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite Ecole. — M. Peugniez, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. Hubet, décédé.

Universités étrangères. — *Dons.* — La *Botanical Gazette* nous rapporte, au dire de la *Rev. scientifique*, un de ces exemples de générosité, que nous avons coutume de relater ici, dans l'espoir — jusqu'ici déçu, hélas ! — de voir surgir des imitateurs parmi les Crésus français. Il s'agit d'un M. H. Shaw qui a laissé au Jardin botanique et à l'Ecole de botanique de Saint-Louis, dans le Missouri, une somme de 15 ou 20 millions, peut-être même de 25 millions de francs. « Avec ce don admirable, les administrateurs vont pouvoir faire beaucoup de choses utiles ; l'une des meilleures, à notre avis, est la création de bourses de voyage à l'usage des botanistes. Il est inutile de dire que l'on choisira des botanistes compétents. Cela ne ressemblera pas à nos « missions scientifiques ». Nous ne saurions trop appuyer cette remarque de la *Revue scientifique*, organe presqu'officiel pourtant, en constatant comment chaque jour le ministère distribue les missions. On en voit tous les mois donner à des personnes qui ne savent même pas la langue des pays où elles doivent aller étudier une foule de choses ! Et l'on refuse des subventions à ceux qui déjà ont fait leurs preuves. C'est toujours la même histoire. Il faut avouer que c'est là une qualité bien française que de charger quelqu'un de faire ce à quoi il n'entend rien.

Universités étrangères. — *Incendie de l'Université de Toronto.* — Un violent incendie a éclaté vendredi dernier dans le bâtiment occupé par l'Université de Toronto (Canada). On rangeait des lampes à pétrole dans la grande salle de l'Université pour une fête qui devait avoir lieu le lendemain, lorsque quelques-unes de ces lampes tombèrent sur le plancher. Le pétrole enflammé se répandit avec rapidité et, de la grande salle, le feu se communiqua aux autres parties du bâtiment. L'Université a été complètement détruite, y compris son musée et sa bibliothèque qui contenait 35,000 volumes. Les pertes totales sont estimées à huit millions de francs. Il n'y a pas eu d'accident de personne.

Assistance publique a Paris. — *Dons.* — Par décret, le directeur de l'Assistance publique à Paris est autorisé à accepter le legs fait aux Enfants Assistés de l'hospice de Paris par la dame Cécile-Amable Mansart, veuve Crozet, et consistant dans la nue propriété de 4,000 francs de rente 3 % sur l'Etat, dont les arrérages seront employés à remettre, à leur sortie, une somme de 1,000 francs à chacune des quatre jeunes filles les plus dignes d'intérêt et les plus méritantes.

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Combemale est nommé médecin adjoint à l'asile des aliénés de Bailleul ; — M. le Dr Lapointe est nommé médecin de l'asile d'Auxerre ; — M. le Dr Bresson est nommé directeur de l'asile de Montdevergne ; — M. le Dr Josserand est nommé directeur de l'asile du Mans ; — M. le Dr Chambard est nommé médecin en chef de l'asile de Cardillac ; — M. le Dr Fabre est nommé directeur de l'asile de Saint-Dizier ; — M. le Dr Bessière est nommé médecin directeur de l'asile Saint-Alban.

Bibliothèque Decaisne. — La Bibliothèque du regretté Dr Decaisne, qui fut pendant de longues années rédacteur scientifique du journal *La France* et de la *Gazette médicale de Paris*, sera mise en vente le lundi 3 mars et les 2 jours suivants, par les soins de MM. J. Baillière et Fils (19, rue Hautefeuille, à Paris). Le Catalogue renferme de nombreux articles sur l'Histoire de la médecine, les Curiosités médicales, l'Hygiène et la ville de Paris. Il sera adressé gratuitement et franco à toute personne qui en fera la demande.

Conseil de l'Instruction publique. — Sont nommés pour l'année 1890 : Vice-président du Conseil supérieur de l'Instruction publique, M. Berthelot, membre du Conseil ; — Secrétaire, M. Liard, membre du Conseil.

Congrès des sociétés savantes. — Ce Congrès s'ouvrira le mardi 27 mai prochain. Le bureau des sciences est ainsi composé : Président, M. Berthelot ; vice-présidents, MM. Mascart, Milne-Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt ; secrétaires, MM. Angot et Vaillant.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Riscau (Louis), médecin de colonisation dans la commune de Condé-Smendac (Constantine) vient de recevoir une médaille d'honneur en argent pour zèle au-dessus de tout éloge, lors de l'épidémie de choléra qui a sévi en 1886 sur le territoire de cette commune.

Nominations diverses. — M. le Dr Firmin, médecin au lycée Charlemagne et de l'Académie nationale de musique, et M. Périer, professeur, administrateur au Muséum, sont nommés membres de la commission consultative des bibliothèques populaires communales et libres.

Hôpitaux militaires. — *Bibliothèques.* — La Société Franklin donnera le 23 février, à 3 heures, une matinée, au profit des bibliothèques des hôpitaux militaires, sous la présidence de M. J. Simon.

Hygiène alimentaire. — Dans sa séance de mardi matin, le Conseil des ministres s'est occupé de la question de l'examen des viandes abattues introduites de l'étranger en France, par les bureaux de douane de Delle et d'Avricourt. A ce propos, le conseil a été d'avis de restituer au ministère du commerce le bureau d'hygiène qui en avait été détaché, il y a un an, pour être annexé à la direction générale de l'Assistance publique et de l'Hygiène, au Ministère de l'Intérieur.

Laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer. — Un congé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890 est accordé

à M. Leroux, chef des travaux du laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer.

L'Épidémie de grippe a l'étranger. — L'influenza sévissait la semaine dernière à Saint-Louis (Sénégal) et dans toute la colonie ; mais l'épidémie a un caractère très bénin. — Suivant des nouvelles de *Mexico*, l'influenza ferait de terribles ravages au Mexique ; il y aurait eu, le 8 février dernier, 143 décès à Mexico. On paraît admettre de plus en plus l'identité de la grippe et de la dengue, la dengue n'étant que la grippe des pays chauds. C'est l'opinion des professeurs de l'Ecole de médecine française de Beyrouth.

Le cancer d'après von Volkmann. — Le chirurgien von Volkmann (de Halle), dit le *British méd. Journ.*, qui est mort récemment, a laissé un mémoire presque prêt pour la publication sur le cancer. M. Krause, son ancien assistant, a été désigné par lui pour assurer la publication de cette monographie qui présentera certainement un vif intérêt.

Le service des eaux de Toulouse. — M. le Pr Brouardel, délégué du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, s'est rendu à Toulouse la semaine dernière pour étudier un projet de captation d'eau destinée à alimenter la ville.

Missions scientifiques. — M. Charles Rabot, membre de la Société de géographie de Paris, est chargé d'une mission dans le bassin de la Petchora, en vue d'y effectuer des recherches de géographie, d'histoire naturelle et d'ethnographie.— M. P. Bœll, ancien élève de l'Ecole des hautes études, est chargé d'une mission gratuite à l'effet de poursuivre en Chine ses études sur les philosophies et les religions.

Monument Mariette au Caire. — Le monument élevé sur la tombe de Mariette-Bey, dans la cour d'honneur du nouveau musée du Caire, a été inauguré récemment, en présence du maître des cérémonies du khédive, de plusieurs ministres, du comte d'Aubigny et d'une foule nombreuse de Français et d'étrangers. Le président de l'Institut et M. Grébaut, dir. du musée, ont pris successivement la parole pour rendre hommage aux éminents travaux de Mariette. Ils ont remercié le khédive d'avoir accordé une place d'honneur aux cendres de Mariette dans le musée qu'il a créé.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Lesne (Pierre-Adolphe-François) bachelier ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de zoologie (insectes et crustacés),au muséum d'histoire naturelle en remplacement de M. Sauvinet, appelé à d'autres fonctions. — M. Morot, docteur ès sciences naturelles, préparateur de botanique à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, est nommé aide naturaliste près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale) au muséum d'histoire naturelle en remplacement de M. Leclerc du Sablon, appelé à d'autres fonctions. — M. Phisalix (Césaire-Auguste), chef des travaux de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon est chargé des fonctions d'aide naturaliste près de la chaire de pathologie comparée pendant la durée de congé accordé à M. Gibier.

Nominations diverses. — Dans sa dernière assemblée générale, l'Union latino-américaine a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1890. Ont été nommés président : M. le Dr Marmottan, député ; vice-présidents ; MM. Deligny, et le Dr Combret. — M. le Dr Milet est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Noyon.

Service de santé militaire. — M. Munschina, médecin aide-major de 1re classe au 10e régiment de dragons, a été désigné pour le 80e régiment d'infanterie.

Service de santé de la marine. — *Prix*. — Le prix de médecine navale pour 1889 est accordé à M. le pharmacien de 1re classe Lalande. — Mention honorable à M. le médecin de 1re classe Le Dantec. — Témoignages officiels de satisfaction : 1° à MM. les médecins de 1re classe Palmade et Drago ; 2° à MM. les médecins de 2e classe Gérard, Gros et Calmette.

Service de santé de la marine. — *Nominations*. — M. le Dr Dupuy-Eromy, élève du service de santé de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe et servira à Rochefort. — M. le Dr Maclaud, élève du service de santé de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe. — *Mutations*. — M. le médecin de 2e classe, Farant, passe du cadre de Brest à celui de Toulon. — M. le médecin de 1re classe Hahn, est maintenu dans sa position hors cadre comme résident de 1re classe au Cambodge, pour une nouvelle période de 3 années à compter du 1er janvier 1890. — *Règlement*. — Le lieutenant gouverneur de la Cochinchine a pris la décision suivante sur la proposition du chef de service de santé : « A l'avenir, les médecins de la marine n'ayant pas au moins 30 jours à faire dans la colonie, ne seront plus appelés à servir dans les postes. Ils seront mis en queue de liste pour les corvées extérieures 30 jours avant l'expiration de leur période coloniale. Le médecin chargé du service extérieur gardera ce poste pendant six mois.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 24 février, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour :* 1° Rapport de la commission des finances, M. Mitivié ; 2° De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*), M. Legrain ; 3° Communications diverses.

Nécrologie. — M. le Dr Jules André, médecin en chef des hôpitaux militaires, ancien médecin en chef du Val-de-Grâce, vient de mourir à Paris à l'age de 85 ans.—M. L. Tacnowski (de Varsovie) vient de mourir. C'était un naturaliste distingué qui laisse d'importants travaux sur l'ornithologie ; son livre sur l'ornithologie du Pérou sera longtemps consulté avec fruit par les zoologistes. — M. le Dr Danias (de St-Dizier). — M. Caillet, interne des hôpitaux de Lyon, qui succombe à une diphtérie contractée dans son service ; il meurt victime de son devoir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Blocq (P.). — **Migraine ohptalmique et paralysie générale.** Brochure in-8° de 13 pages. — Prix : 0 fr. 50 c. — Pour nos abonnés. . 35 c.

Tarnowsky (P.). — **Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses.** Volume in-8° de 226 pages. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Couvreur (E.). — Les exercices du corps. Le développement de la force et de l'adresse. Volume in-18 de 351 pages, avec 78 figures. — Prix. . . . . 3 fr. 50

Goldenstein. — Faut-il soigner les dents de la première dentition ? Brochure in-8 de 32 pages, avec 6 figures.

Habershon (S.-O.). — Pathologie du pneumogastrique. Traduit par Bertherand. Brochure in-8 de 71 pages. — Prix. . 2 fr.

Lefort (P.). — Aide-mémoire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie. Volume in-18 de 276 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

Mauriac (Ch.). — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Volume in-8 de 1,168 pages. — Prix. . . . . 20 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 9. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er MARS 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1);

II. — LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE PATHOLOGIQUE.

par le Dr GILLES DE LA TOURETTE, chef de Clinique des maladies du système nerveux et H. CATHELINEAU, interne en pharmacie de la Clinique.

Nous avions assisté à un deuxième état de mal faisant immédiatement, sans interruption, suite au premier, survenu sous une influence inconnue, mais l'analyse de la courbe du volume et de l'urée n'en restait pas moins caractéristique (2).

En présence de la courbe de la figure 2, devrait-on rejeter les considérations que nous formulions au point de vue de la prévision de la durée de l'accès et du retour prochain à l'état normal en considérant la figure 1? Certainement non : il faudra tenir compte dans les prévisions de la possibilité d'une rechute, d'un second état de mal faisant suite au premier, évoluant d'ailleurs d'une façon caractéristique et voilà tout.

En effet, dans la fièvre typhoïde par exemple, l'observation a établi sur des bases irréfragables qu'il existe une courbe caractéristique de la température, permettant de préjuger presque à coup sûr la durée de la maladie et le retour plus ou moins prochain à la santé. La courbe de la température dans la dothiénentérie est la courbe renversée du volume et de l'urée dans l'état de mal. Or, de ce qu'il existe des rechutes dans la fièvre typhoïde, les considérations spéciales qu'on peut tirer de l'étude de la courbe sont-elles pour cela infirmées? Certainement non, car dans cette rechute comme dans un second état de mal, la courbe reste toujours caractéristique. Comme nous l'avons dit, il faudra ne jamais oublier, dans les prévisions relatives au retour à l'état normal dans l'état de mal hystérique, qu'il peut survenir une rechute dont la courbe aura, du reste, des caractères qui permettront de prévoir la durée et la fin du deuxième accès.

En résumé, il résulte de nos recherches :

1° Que l'état de mal hystérique, à forme épileptoïde est, au point de vue chimique, une attaque hystérique prolongée se caractérisant comme celle-ci par l'abaissement du volume, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion caractéristique de la formule.

2° L'étude de la courbe fournie par le volume et l'urée, permet de prévoir la durée de l'état de mal et le retour à l'état normal.

3° Malgré le ralentissement de la nutrition nettement indiqué par l'abaissement du volume, du taux résidu fixe, de l'urée et des phosphates, l'amaigrissement n'a pas moins lieu dans des proportions qui, chez une femme de 53 kilog. observée en 2 fois, pendant 22 jours, a été en moyenne de 400 grammes par jour.

4° L'état de mal aussitôt terminé, le retour au poids normal paraît se faire, immédiatement, dans des proportions journalières sensiblement égales à celles qui ont présidé à la perte de poids pendant l'état de mal. A ce dernier point de vue, il peut exister, on le comprend, des différences individuelles.

5° L'augmentation progressive de poids est immédiate : le malade aussitôt réveillé se met à manger et à augmenter de poids. On n'observe pas de convalescence au point de vue chimique, ce qui, au point de vue clinique, avait été noté depuis longtemps, et avec insistance, par M. Charcot.

B. — *Deuxième période. — Grands mouvements.* — Nous n'avons pas observé de formes d'état de mal relevant de la deuxième période de l'attaque hystérique ou mieux dans lesquelles les phénomènes de la deuxième période fussent prédominants. Cliniquement, nous ne croyons pas qu'il existe d'état de mal revêtant cette physionomie : on peut bien observer les grands mouvements dans les formes d'état de mal décrites que nous décrivons, mais le clownisme ne prédomine jamais assez sur les phénomènes relevant des autres périodes pour donner sa caractéristique à un état de mal spécial.

C. — *Troisième période. — Attitudes passionnelles.* — Il n'en est pas de même de la troisième période do la grande attaque hystérique. Nous avons, en effet, observé un état de mal à forme cataleptique accompagné ou mieux formé d'attitudes passionnelles extrêmement expressives et caractéristiques.

Le 21 février 1889, à 7 heures du soir, la malade, âgée de 18 ans, après une violente attaque convulsive, présente les phénomènes suivants qui se continuent jusqu'au 27 février. Assise sur son lit, les mains jointes, elle fixe un être imaginaire, appelle Léon, envoie des baisers ; puis se dresse debout, retombe sur son lit, les bras en croix, toujours en suivant des yeux l'objet de sa pensée. Les membres supérieurs conservent presque indéfiniment l'attitude qu'on leur donne. Toutefois, à l'inverse de ce qui existe dans la catalepsie hypnotique, les gestes communiqués ne sont pas suggestifs d'une idée ; c'est ainsi que les deux mains, placées étendues au-devant de la bouche, ne déterminent pas le sourire qui accompagne d'ordinaire l'envoi d'un baiser. Par contre, le sourire survient lorsque les bras sont mis en croix, la malade continuant à suivre son rêve. Il est vrai que, d'elle-même, elle ne tarde pas à mettre ses attitudes à l'unisson des sentiments que reflète son visage. On est obligé de la camisoler pour l'empêcher de courir pour ainsi dire après son hallucination. Elle garde ces attitudes du 21 au 27 février, pendant 6 jours, jour et nuit, sans dormir, sans s'alimenter de quelque façon que ce soit, sans absorber une goutte d'eau, malgré les sollicitations dont elle est l'objet. Dans ces conditions, extrêmement favorables pour l'expérience, l'urine est

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 ; nos 18, 19, 25, 1889 ; et nos 2 et 8, 1890.

(2) L'examen du résidu fixe et des phosphates n'a pas été fait dans ce deuxième état du mal. Cet examen est le dernier en date parmi les analyses des nombreux états de mal que nous avons faites et qui vont être rapportées : à ce titre et étant donné les résultats antérieurement obtenus, nous avons cru, pour une fois, pouvoir nous borner à l'étude du volume et de l'urée.

recueillie par sondages, la température rectale varie entre 37°6 et 37°8. Le réveil a lieu sans secousses dans la nuit du 26 au 27 février.

Examinons maintenant les tableaux XIII, XIV et la Figure 52.

TABLEAU XIII.

Par..., Elat de mal hystérique à forme cataleptique.

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	OBSERVATIONS
	c.c.	gr.	gr.	gr	gr.	gr.	
Du 21 au 22 fév. 1889 .	1300	38.50	16	0 92	0.88	1.80	
Du 22 au 23........	1170	23.80	15.21	0.82	0 92	1.74	
Du 23 au 24..........	610	27.15	11.37	0.64	0.63	1 27	Au début, P. = 59 k
Du 24 au 25...........	550	26	7 15	0.70	0.80	1 50	
Du 25 au 26.........	950	29	14.40	0.88	0.97	1.85	
Du 26 au 27..	1800	30 40	24 70	1.53	1.27	2 80	P. = 54 k. 800 Retour à l'état normal

Dès le premier jour, les urines sont caractéristiques de la période d'attaque des 24 heures. A l'état normal. Par... excrète en moyenne 1,300 c. c. d'urine ; 49 gr. 20

TABLEAU XIV.

Moyennes de l'état de mal hystérique à forme cataleptique de Par...

NOM		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 c. c	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	RAPPORT	OBSERVATIONS
		c.c	gr.	gr.	gr	gr.	gr.		
Par....., 18 ans. (salle Duchenne)	Et. de mal.	1063	29	14.70	1.08	0.91	1 99	100 à 100	Du 21 au 26 fév. 1889.
P. = 59 k. 400	Et. normal.	1310	49 20	21	0,57	1.76	2.33	30 à 100	Du 4 au 10 janv. 1889.

de résidu fixe pour 1,000; 21 gr. d'urée ; 2 gr. 33 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 57 et alcalin 1 gr. 76, ce qui donne la proportion normale de 30 à 100 ou de 1 à 3.

Le premier jour, du 21 au 22 février, elle excrète 1,300 c. c. d'urine ; 38 gr. 50 de résidu fixe pour 1,000 ; 16 gr. d'urée; 1 gr. 80 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 92 et alcalin 0 gr. 88, réalisant ainsi l'inversion de la formule des acides phosphoriques, puisque le rapport devient comme 1 est à 1, l'excrétion des acides terreux étant même prédominante. Jusqu'au jour du réveil, les proportions précédentes restent les mêmes, la moyenne des 6 jours d'état de mal étant : urine, 1,063 c. c.; résidu fixe 29 gr. ; urée 14 gr. 70 ; acide phosphorique total 1 gr. 99 se décomposant en terreux 1 gr. 08 et alcalin 0 gr. 91.

La courbe du volume de l'urine et de l'urée (Fig. 52) est des plus intéressantes : chute en 2 jours ; plateau de 2 jours de durée ; relèvement en 2 jours. L'urée marche parallèlement au volume.

Là encore, à la simple inspection de la courbe, on peut facilement prévoir la durée de l'état de mal et prédire le réveil. On remarquera encore que, si le jour du réveil le volume et l'urée sont au-dessus du taux normal, l'inversion de la formule pour l'acide phosphorique est extraordinairement accentuée puisque les acides terreux l'emportent sur les acides alcalins, alors qu'à l'état normal les premiers sont trois fois moindres que les seconds.

Les oscillations consécutives au réveil n'ont pas été étudiées, la malade s'étant refusée à donner ses urines.

Heureusement que, comme pour toutes nos malades placées en observation, nous possédions la moyenne de son excrétion urinaire avant le début de l'état de mal.

Par... — Etat de mal hystérique à forme cataleptique. Février 1888.

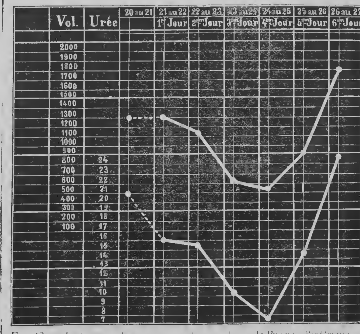


Fig. 52. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine, l'inférieur à l'urée ; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

Sous l'influence de l'état de mal pendant lequel la malade a refusé d'absorber quoi que ce soit de liquide ou de solide, l'amaigrissement a été rapide. Pesée le 21 février, jour du début de l'état de mal, son poids était de 59 kilog. Six jours plus tard, le 27, elle ne pesait plus que 54 kilog. 800. Elle avait donc maigri de 4 kilog. 200, soit 700 grammes par jour. Pesée les jours suivants elle donnait, le 4 mars, 56 kilog. 900 ; le 7, 58 kilog. 300 ; le 9, 59 kilog. 200. En 10 jours, elle était revenue à son poids normal, ayant ainsi gagné 410 gr. par jour.

Sans insister davantage, il nous sera donc permis de conclure : que l'état de mal hystérique à forme cataleptique (attitudes passionnelles) présente, au point de vue chimique, tous les caractères de l'attaque d'hystérie convulsive ordinaire ; c'est une attaque d'hystérie prolongée.

Comme pour l'état de mal hystérique à forme épileptoïde, la courbe des excrétions urinaires est caractéristique, présentant une chute, un plateau et un relèvement. Elle permet de prédire la durée de l'état de mal et de prévoir le moment où le réveil aura lieu.

D.—*Quatrième période.— Délire.*— A la quatrième période de l'attaque hystérique appartient l'*état de mal délirant*. Nous comprenons uniquement, sous ce titre, les périodes de délire consécutives le plus souvent à une attaque ou aux prodromes de l'attaque, le délire qui domine la scène morbide pouvant être entrecoupé parfois, mais accessoirement, par les autres périodes de l'attaque. Comme dans les autres états de mal précédemment étudiés, il est évident pour tous que les malades traversent une crise aiguë plus ou moins prolongée qui, cliniquement, ne saurait être confondue avec une période d'état normal, ou avec toute autre manifestation de l'hystérie.

Nous séparons, en effet, cet état de mal délirant, vé-

ritable attaque prolongée, de l'état mental ordinaire des hystériques, que M. Charcot (1) a si nettement caractérisé dans ces dernières années, plus particulièrement en ce qui regarde les hommes, état mental susceptible de s'accompagner d'hallucinations, de rêves, de lacunes intellectuelles qui lui donnent une allure si particulière.

Nous le séparons également de ces états chroniques catalogués jusqu'à ces derniers temps par les aliénistes, sous les termes vagues de folie, de délire hystérique, états beaucoup trop compréhensifs dans l'espèce.

Tout récemment, M. Ballet (2) et ses élèves, MM. Marguézy (3) et Tabaraud (4), puis M. Séglas (5) ont porté la lumière dans ce chapitre touffu et encore obscur, en montrant la part qu'il faut faire en nosographie aux états mentaux des dégénérés atteints d'hystérie. Ces auteurs adoptaient et cimentaient encore la loi établie par M. Charcot : que l'hystérie s'associe aux autres états nerveux sans jamais se confondre avec eux.

Nous le répétons, l'état de mal délirant que nous étudions est un épiphénomène aigu dans l'histoire pathologique d'un hystérique ; c'est, au point de vue clinique, qui nous a toujours et uniquement guidé dans ce travail, une attaque d'hystérie prolongée, avec prédominance de la quatrième période ou de délire.

Il nous a été donné d'étudier 4 périodes d'état de mal délirant chez 2 malades du service de la Clinique pour lesquelles il a été fait 44 analyses des 24 heures, dont 22 destinées à étudier l'état normal avant ou après les périodes d'état de mal.

Ces 4 périodes d'état de mal n'ont pas, on le verra, une valeur égale au point de vue de l'étude ; nous allons, du reste, chemin faisant, faire ressortir les particularités propres à chacune d'entre elles.

Le premier cas concerne la nommée Schey..., 19 ans, grande hystérique, chez laquelle le délire débute le 6 juin 1888, à la suite d'une attaque de chorée rythmée et se termine de la même façon le 21 juin. Délire incessant, très agité, qui force à camisoler la malade pendant la nuit. Schey..... voit des animaux rouges qui veulent la dévorer, elle est entourée de flammes ; puis elle fait des parties de canot au cours desquelles elle tombe à l'eau, est dévorée par des poissons, crie, se croit noyée, etc. Pendant ces 15 jours elle n'absorbe aucun aliment solide ; dans la journée, par surprise pour ainsi dire, ses compagnes lui font avaler un ou deux verres de tisane, une tasse de lait ou de bouillon. La température rectale ne s'élève pas au-dessus de 38° C.

Nous ne possédons que les analyses des cinq derniers jours de délire et celles des cinq jours qui suivirent le réveil.

Les cinq premières donnent comme moyenne : volume de l'urine, 300 c. c. ; résidu fixe, 30 gr. 05 ; urée, 9 gr. 30 ; acide phosphorique total 1 gr. 14. A cette époque, nous ne différenciions pas encore les phosphates. Or, la moyenne normale de Schey... est : volume, 1,500 gr. ; résidu fixe, 48 gr. 60 ; urée, 25 gr. 10 ; acide phosphorique total, 2 gr. 60. A considérer ces deux moyennes, nous voyons donc que chez notre malade l'état de mal délirant a présenté, au point de vue chimique, tous les caractères de l'attaque d'hystérie, ou mieux tous les caractères des autres états de mal déjà étudiés.

Le retour à l'état normal est marqué par une élévation brusque de tous les éléments constitutifs de l'urine des 24 heures ; de 350 c. c. l'urine monte, le 21 juin, à 1,050 gr. avec 35 gr. 90 de résidu fixe ; 15 gr. 75 d'urée et 1 gr. 95 d'acide phosphorique. Puis on observe 3 jours d'oscillation autour de la normale et enfin, le 26 juin, le chiffre d'excrétion ordinaire est atteint et même dépassé. Nous ferons remarquer à ce sujet que, lorsque l'état de mal s'est assez longtemps prolongé, les excrétions des premiers jours qui suivent le réveil restent toujours un peu au-dessous de la normale.

En ce qui regarde le poids, nous trouvons noté sur notre observation que le 12 juin, en plein délire, la malade pesait 67 kilog. et 61 kilog. le 21 juin, jour du réveil ; elle a donc maigri de 6 kilog. en 9 jours, soit une moyenne de 640 grammes par jour.

Après le réveil, elle se met à manger avec avidité et augmente encore plus rapidement de poids qu'elle n'a maigri quotidiennement pendant l'état de mal. Pesée régulièrement à 5 heures du soir, avant le repas, le 26 juin elle pèse 65 kilog., le 2 juillet 67 kilog. 500 et elle oscille les jours suivants entre 68 et 69 kilog.

En résumé, pendant cette première période d'état de mal délirant qui dure 15 jours : diminution journalière du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates ; diminution très marquée de poids, rapidement compensée après le réveil.

La deuxième période d'état de mal délirant que nous avons observée chez cette même malade dure deux jours et s'étend du 28 au 30 janvier 1889. Délire très agité, anorexie totale, température normale, urines recueillies comme toujours à l'aide de la sonde. Ici l'observation est complète.

Si l'on veut bien considérer le tableau XV, on note comparativement avec l'état normal, qu'il y a abaissement du volume de l'uriné, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

TABLEAU XV.

Schey..., Etat de mal délirant.

NOM	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	Rapp. des ac. phosp.	OBSERVATIONS
Schey...., 19 ans (salle Duchenne).	Et. normal.	c.c. 1500	gr. 48 60	gr. 25.10	gr 0 69	gr. 1.91	gr. 2.60	36 à 100	Du 31 décembre 1888 au 6 janvier 1889
	Et. de mal délirant.	1550	30	8 11	0.64	0.95	1.59	67 à 100	Du 28 au 29 janvier 1889. Poids 69 k. 460.
	Idem.	910	29.70	9.37	0.62	0 81	1.43	76 à 100	Du 29 au 30.
	Réveil.	1750	43 67	22.75	0.86	1.90	2.76	45 à 100	P. = 68 k. 070 du 30 au 31 janvier.
	Moyennes des 2 jours d'ét. de mal.	1330	29.85	8.79	0 63	0.88	1.51	58 à 100	Du 28 au 30 janvier 1889.

En effet, alors que la moyenne normale donne : volume, 1.500 c. c. ; résidu fixe, 48 gr. 60 ; urée, 25 gr. 10 ; acide phosphorique total, 2 gr. 60, se décomposant en terreux, 0 gr. 69 et alcalin, 1 gr. 91, donnant le rapport normal de 36 à 100 ; on trouve, pour la moyenne des deux jours de délire : volume, 1.330 c. c. ; résidu fixe, 29 gr. 85 ; urée, 8 gr. 79 ; acide phosphorique total,

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux* ; t. II et *Leçons du Mardi*, 1888, 1889, *passim*.
(2) *Archives de Médecine*, mars-avril, 1888.
(3) L'homme hystérique ; in *Bulletin Médical*, p. 1126, 1141, 1888.
(4) *Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*. Thèse, Paris, 1888.
(5) *Soc. méd. des hôpitaux*, 12 avril 1889.

1 gr. 51, se décomposant en terreux, 0 gr. 63 et alcalin, 0 gr. 88, donnant la proportion de 58 à 100, réalisant l'inversion de la formule.

De plus, en deux jours, elle a maigri de 1 k. 390, car le jour du début, 28 juin, elle pesait 69 k. 460, et le jour du réveil, 68 k. 070.

La courbe (Fig. 53) de cet état de mal est trop peu

Schey... — Etat de mal hystérique délirant.
Février 1880.

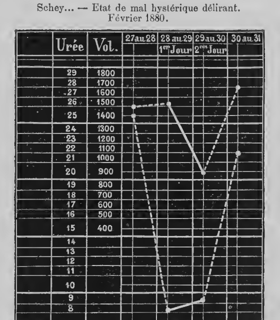


Fig. 53. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine ; l'inférieur à l'urée ; les lignes pointillées aux jours d'état normal ; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

étendue pour prêter à de nombreuses considérations. Elle est cependant, dans sa teneur, aussi caractéristique que possible et rappelle absolument celles que nous avons déjà donné de l'état de mal à forme épileptoïde, et à forme d'attitudes passionnelles. On y remarquera pour le premier jour que, comme dans la période d'attaque des 24 heures, si le volume est parfois peu diminué, il n'en est pas de même de l'urée, dont l'abaissement est toujours constant. Nous nous sommes expliqués sur ce point en traitant de l'attaque bornée à la période de 24 heures.

La 2e malade, Hab..., 35 ans, qui, comme on le verra par la comparaison des dates, nous servit ultérieurement à des recherches sur l'état de mal à forme épileptoïde déjà rapportées, nous a fourni deux périodes d'état de mal délirant.

La première période, qui va du 5 au 8 juillet 1888, ne fut pas favorable pour l'observation. Le délire était très agité ; il fut impossible de recueillir les urines de la malade qui parcourait les cours en criant au feu et urinait dans tous les coins. Néanmoins, il nous fut possible de noter qu'en trois jours la perte de poids fut de 1 k. 540. Pendant toute cette période, Hab... n'avait absorbé ni liquides ni solides.

Lors de la deuxième période, qui commence le 27 février 1889, à la suite des prodromes d'une attaque convulsive ordinaire et se termine le 6 mars, soit 7 jours de durée, le délire est moins actif et se compose d'hallucinations variées, suivies de périodes de dépression pendant lesquelles elle marmotte continuellement des paroles relatives à un assassinat. Les urines sont recueillies à la sonde, la température rectale varie entre 37°5 et 37°9 ; elle n'absorbe absolument rien, ni liquides ni solides.

Or, nous notons, dès le premier jour (tableau XVI), la chute du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de la formule.

Si l'on se reporte en effet au tableau XVII, qui est le résumé du tableau XVI, nous voyons, qu'à l'état normal, elle excrète en moyenne 1.300 c. c. d'urine, 43 gr. 25 de résidu fixe, 20 gr. 30 d'urée, 2 gr. 13 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux, 0,63 et alcalin, 1,50, donnant la proportion normale de 42 à 100.

Pendant l'état de mal délirant, elle excrète en moyenne 648 c. c. d'urine, 37 gr. de résidu fixe, 14 gr. 61 d'urée, 1 gr. 73 d'acide phosphorique total se décomposant en

TABLEAU XVI.

Hab..., 35 ans. Etat de mal délirant.

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	OBSERVATIONS
	c c	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	
Du 27 au 28 février 1889	650	44	16.20	0.77	0.98	1.75	
Du 28 fév. au 1er mars	620	40	16	0.79	0.97	1.76	
Du 1 au 2	580	35	14.50	0.89	1 01	1.90	P = 53 k. 500 au début de l'état de mal.
Du 2 au 3	210	15 12	7 98	0 54	0.44	0 98	
Du 3 au 4	450	31.98	13 95	0 72	0 90	1.62	
Du 4 au 5	550	38.72	14.85	0.90	1 05	1 95	
Du 5 au 6	1450	48	19.10	0 93	1.22	2 15	
Du 6 au 7	1030	41.10	17.50	0.71	1.12	1 83	P. = 50 k. 200 au réveil.

terreux, 0.77, et alcalin, 0.96, donnant le rapport de 81 à 100 qui réalise l'inversion de la formule des phosphates.

TABLEAU XVII.

Moyennes de l'état de mal délirant d'Hab...

NOM	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1600 C. G	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
Hab.... (salle Duchenne).	Et. de mal délirant.	c.c. 648	gr. 37	gr. 14.61	gr. 0.77	gr. 0 96	gr. 1.73	81 à 100	Du 27 février au 6 mars 1889.
P. = 53 k. 500.	Et. normal.	1300	43 25	20.30	0.63	1.50	2 13	42 à 100	Du 20 au 25 mars 1889

Si maintenant on considère la Figure 54, représentative des analyses jour par jour pendant l'état de mal, on voit qu'il est possible, à sa seule inspection, de prédire la durée de l'état de mal et de prévoir le réveil. En effet, nous notons encore là la chute caractéristique, le plateau et le relèvement qui ne le sont pas moins. Le volume et l'urée suivent une marche parallèle ; le réveil a lieu pour les éléments solides aux environs de la normale. Nous notons même (tabl. XVI et XVII) que, pour le dernier jour, le résidu fixe est plus considérable que normalement ; de même pour l'acide phosphorique total. Mais, pour ce dernier, fait très important à noter, même dans ces conditions, l'inversion de la formule existe toujours. En effet, l'acide phosphorique total est de 2 gr. 15, se décomposant en terreux, 0.93 et alcalin, 1 gr. 22.

Pendant cet état de mal, qui a duré 7 jours, la malade a maigri de 3 k. 300, car elle pesait le premier jour 53 k. 500, et à son réveil, 50 k. 200.

Des faits qui précèdent, il nous sera donc permis de conclure qu'au point de vue biologique l'état de mal délirant n'est qu'une attaque d'hystérie prolongée.

De même que les états de mal précédemment étudiés, il se caractérise par un abaissement du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule.

La courbe fournie par le volume de l'urine et l'urée permettent de prédire la longueur de l'état de mal et de prévoir le retour à l'état normal.



Fig. 54. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine ; le tracé inférieur à l'urée ; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal, les lignes pleines aux jours d'état de mal.

E.—*Etat de mal léthargique ou attaque de sommeil hystérique.* —Nous avons placé cette variété de l'état de mal après les autres parce que nous considérons que l'attaque de sommeil relève surtout de la torpeur qui existe parfois dans l'intervalle de deux attaques ou séries d'attaques. Peut-être pourrait-on la faire dériver du stertor qui termine la phase épileptoïde ; nous ne le croyons pas cependant, car l'étude d'un grand nombre de faits (1) nous a révélé qu'il était exceptionnel d'observer ce phénomène lors des attaques de sommeil. Cela du reste a peu d'importance ; ce qui en a davantage pour nous c'est d'étudier la nutrition pendant cet état. Dès maintenant nous pouvons dire que l'état de mal léthargique n'est pas une exception dans la série que nous étudions, et que, à l'exemple des autres états de mal, c'est simplement une attaque d'hystérie prolongée dont nos investigations permettent désormais de prévoir la durée et de prédire la terminaison.

Avant de pénétrer plus avant dans cette étude, il nous sera permis de dire que c'est justement le désir d'élucider la physiologie du sommeil hystérique qui a été l'inspirateur de nos recherches sur la nutrition dans l'hystérie.

Déjà cette question préoccupait vivement l'un de nous en 1887. Quelques analyses furent entreprises à Londres, et à la Salpêtrière, à son instigation, mais elles étaient trop incomplètes pour fournir des résultats scientifiques.

« Il est très difficile, lit-on dans le travail déjà cité (*Des attaques de sommeil hystérique*, p. 27), d'être fixé sur les diverses sécrétions pendant l'attaque de sommeil ; toutefois elles nous paraissent ralenties. Ce ralentissement tient-il à la difficulté et à l'insuffisance de l'alimentation, cela est probable, mais il y a quelque chose de plus et nous pensons que véritablement pendant cet état les hystériques *brûlent* peu, se dénutritionnent peu, ce qui permet d'expliquer la conservation de l'existence, alors que l'alimentation artificielle ne suffirait pas, par exemple, aux échanges qui se font pendant les périodes normales de l'existence. » Ces conclusions beaucoup trop vagues avaient besoin d'être précisées, et c'est justement pour ce faire, que nous avons entrepris les recherches dont nous allons maintenant exposer les résultats.

Ces expériences ont porté sur 6 malades donnant un total de 11 états de mal pour lesquels il a été fait 91 analyses des 24 heures de sommeil sans compter les périodes d'état normal. L'état de mal le plus court que nous ayons observé a été d'un jour, le plus long de 15 jours, parmi bien entendu ceux qui ont été soumis à notre analyse. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'état de mal de sommeil peut se prolonger pendant beaucoup plus longtemps. Nous renvoyons, du reste, à ce propos, aux travaux de M. Charcot, de MM. Bourneville et Regnard et de M. Gilles de la Tourette.

Rappelons cependant, en ce qui regarde la symptomatologie, que l'état de mal que nous étudions se caractérise par un sommeil profond qui, comme les autres états de mal hystérique déjà étudiés, peut être entrecoupé par les diverses phases de l'attaque, en particulier par les attitudes passionnelles. Pendant cet état, le malade est absolument insensible à toutes les excitations extérieures, sauf parfois à la pression de zones hystérogènes ; il est susceptible d'absorber une alimentation restreinte, liquide, ou demi-liquide. A ce dernier point de vue nous aurons toujours le soin de faire ressortir les particularités qu'offraient individuellement nos malades. Nous pouvons dire déjà que, chez tous, la température est restée normale pendant la durée des accès ; les urines, comme dans les autres états de mal, ont été recueillies à l'aide de la sonde.

Négligeant l'ordre chronologique dans lequel ont été faites nos observations, il nous a paru intéressant de donner tout d'abord l'analyse d'un état de mal, d'une attaque de sommeil n'ayant pas dépassé la période de 24 heures. (*A suivre*).

(1) Gilles de la Tourette. — *Des attaques de sommeil hystérique. — Archives de Neurologie*, nos 43, 44, 1888.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.—*U. d'Helsingfors* (Anniversaire). — L'Université d'Helsingfors va célébrer, cette année, son 250e anniversaire. Il est à noter que cette Université, fondée à Albo. en 1640, n'a été transférée à Helsingfors qu'en 1820, après un incendie. —*U. de Leipzig* (Anniversaire du Pr Ludwig). —Le dernier jour de janvier 1890, M. le Pr Ludwig, dont les travaux physiologiques sont bien connus de tout le monde médical et scientifique, a célébré le 25e anniversaire de son installation dans la chaire de physiologie de Leipzig.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la Cholécystoentérostomie (1).

Le travail de notre ancien collègue de l'hôpital Bichat, sur lequel nous voulons aujourd'hui attirer l'attention des chirurgiens, repose sur un cas de Cholécystoentérostomie à laquelle a assisté l'auteur pendant son internat dans le service de M. Terrier, et sur l'analyse de 6 autres cas trouvés dans la littérature médicale.

L'idée première de cette opération serait due à Nussbaum, qui l'aurait conçue théoriquement. La même année (1880), von Winiwarter (de Liège), dans le but d'exécuter cette opération chez un malade atteint d'obstruction du canal cholédoque, commença une série d'opérations, que l'auteur, à juste titre, n'a pas hésité lui-même à qualifier d'expérimentations timides sur le sujet humain. Il arriva ainsi, presque malgré lui, a guérir son malade, 21 mois après sa première intervention et après avoir pratiqué sur lui au moins six opérations. D'après notre ami, cette observation, trop célèbre, aurait surtout servi à retarder l'évolution de la question, en éloignant les chirurgiens de se livrer à des essais de ce genre; car une telle manière de faire était loin de séduire.

L'histoire de la cholécystoentérostomie ne commence donc, à vrai dire, qu'en 1883, époque où G. Harley reprend la proposition de Nussbaum et la complète. Il propose d'établir l'anastomose duodéno-cystique en suturant un morceau de potasse caustique entre les deux organes accolés. Alors Gaston (d'Atlanta, en Géorgie) (1884) fait une série d'expériences sur les chiens et parvient à créer une fistule cystico-duodénale, en passant en anse un fil de caoutchouc à travers les parois des deux organes accolés. Ses expériences sont défectueuses, mais le fait reste désormais acquis; la cholécystoentérostomie est possible. François Bolzi (1886) fait de nouvelles expériences sur les animaux et abouche directement les deux organes. Ses résultats sont plus nets et plus concluants que ceux de Gaston. Au point de vue des indications, il réservait l'opération seulement aux cas d'obstruction du canal cholédoque.

C'est alors qu'est pratiquée la première cholécystoentérostomie chez l'homme par le Dr Monastyrki, simple médecin russe, qu'une telle intervention n'effraya pas; puis, un mois plus tard, la deuxième opération était faite par Kappeler. Ces deux chirurgiens firent une ouverture dans les deux organes et suturèrent les bords de ces ouvertures au moyen de deux rangs de suture. Ils abouchèrent ainsi la vésicule dans une anse de l'intestin grêle. Leurs malades guérirent. Leur exemple fut suivi par Socin, le chirurgien bien connu de Bâle (1887); ce dernier eut un nouveau succès.

Ce serait Bardenheuer (de Berlin) qui aurait fait la première fistule duodéno-cystique, mais l'observation de son malade n'est pas publiée; et, dans le court résumé que l'on en connaît, il est autant question de l'intestin grêle que du duodénum, dont le nom n'est cité qu'une fois insidieusement. D'ailleurs, son malade mourut. Il serait donc plus juste d'attribuer à M. Terrier l'honneur d'avoir fait, le premier, de propos délibéré et avec succès, la première fistule duodéno-cystique. Enfin l'opération a été pratiquée une fois aussi, pour une fistule biliaire ancienne, par Mayo Robson (de Leeds). A la fin de son travail, M. Delagénière rapporte *in extenso* toutes les observations connues, qui sont au nombre de sept.

C'est le chapitre des indications de l'opération qui nous a paru tout particulièrement intéressant, car il s'adresse aussi bien aux médecins — que la description détaillée de l'opération ne peut guère intéresser — qu'aux chirurgiens de profession. C'est d'abord une sorte de revue critique de toute la chirurgie des voies biliaires, dans laquelle l'auteur n'hésite pas à affirmer ses opinions personnelles. D'après lui, trois opérations seulement méritent d'être conservées: la *cholécystotomie* avec fistule cutanée, faite en un temps; la *cholécystectomie* et la *cholécystoentérostomie*. Ces opérations sont aussi difficiles comme exécution; elles ont la même gravité. Or, toutes choses étant égales, *a priori* la cholécystoentérostomie doit être préférée, car c'est l'opération la plus complète, la plus parfaite au point de vue anatomique et physiologique, la plus rationnelle. Jusqu'à présent la règle a été: *cholécystotomie* pour la plupart des cas de lithiase; *cholécystectomie* pour lithiase avec altérations de la vésicule ou calcul engagé dans le canal cystique; enfin *cholécystoentérostomie* pour obstruction du canal cholédoque.

D'après l'auteur, les indications de la cholécystoentérostomie doivent être beaucoup plus étendues, et c'est là ce qui fait surtout l'intérêt médical de cette thèse. Il les énumère en effet de la façon suivante:

1° Tous les cas d'occlusion complète ou incomplète du canal cholédoque ayant amené une dilatation de la vésicule ou de la rétention biliaire; 2° Tous les cas d'hydropisie de la vésicule dus à l'occlusion du canal cystique, qu'on ait ou non reconnu la cause, car alors ce n'est plus une fistule biliaire externe qui est à craindre, mais une fistule donnant un écoulement mucopurulent; 3° Tous les cas de lithiase biliaire à calculs multiples, ou à calcul unique enclavé définitivement dans le canal cystique ou dans le cholédoque, à la condition toutefois que les parois de la vésicule ne soient pas trop altérées.

C'est cette dernière partie surtout que les médecins devront lire; car eux seuls peuvent adresser aux chirurgiens les malades qui ressortissent de cette dernière indication. Nous sommes convaincu, en effet, que bientôt, enhardi par les succès actuels, les médecins n'hésiteront plus à recourir aux ressources chirurgicales modernes pour parer aux si graves accidents de la lithiase biliaire consécutifs à l'engagement de calculs dans les voies d'excrétion de la bile.

M. Delagénière passe ensuite en revue les indications de la cholécystotomie et de la cholécystectomie qui se trouvent dès lors fort restreintes. A notre avis, il est un peu sévère pour la *cholécystotomie idéale* qui, mauvaise et dangereuse à l'heure qu'il est, pourra peut-être un jour devenir praticable, grâce à une technique perfectionnée.

(1) H. Delagénière, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur de l'École de médecine d'Angers. — *De la Cholécystoentérostomie* (abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin). Thèse de Paris, 1890.

L'étude clinique seule ne peut fournir la plupart du temps qu'une probabilité et jamais une certitude pour arriver à un diagnostic précis ; mais on doit bannir absolument la ponction exploratrice comme inutile et dangereuse et au contraire avoir recours à la *laparotomie exploratrice* pour tous les cas douteux. Elle ne constitue pas du tout un danger pour le malade, si aucune opération ne peut et ne doit être faite ; elle devient le premier temps de l'opération dans le cas contraire. Mais alors on sait à quoi s'en tenir, et le diagnostic resté hésitant est presque sûrement établi. Que d'hépatiques lithiasiques seraient encore vivants si tant de chirurgiens français n'avaient pas encore si peur du péritoine ?

Voici maintenant quelques mots sur le manuel opératoire à suivre. L'incision de la paroi abdominale, d'une façon générale, devra être assez longue pour admettre l'introduction de la main. Cette longueur de l'incision n'a pas d'importance ; quand on est sûr de son aide et de son asepsie. Quatre incisions ont été pratiquées : sur le bord interne du muscle droit ; parallèlement au rebord des fausses côtes ; sur la tumeur ; enfin sur la ligne médiane. Cette dernière doit être préférée, parce que c'est l'incision exploratrice par excellence ; parce que la cicatrice médiane est la meilleure ; enfin parce que les rapports du duodénum avec la ligne médiane sont plus intimes. A ce sujet l'auteur s'est livré à une série de recherches sur le cadavre, desquelles il résulte que la création de la fistule cystico-duodénale n'est possible qu'avec l'incision médiane ; avec les autres incisions il est fort difficile d'amener le duodénum en contact avec la vésicule. Ce serait, à son avis, la raison pour laquelle Monastyrki, Kappeler, Socin, auraient été forcés de faire l'anastomose dans une anse de l'intestin grêle.

Le choix de l'anse d'intestin préoccupe ensuite l'auteur. Il faut rejeter le côlon, prendre de préférence le duodénum, et, dans le cas d'impossibilité matérielle, prendre l'anse d'intestin grêle la plus rapprochée de la vésicule biliaire. D'ailleurs le duodénum est la portion de l'intestin qui reçoit normalement la bile, et qui est la moins riche en microbes.

L'anastomose de la vésicule avec l'intestin se fera toujours en un temps. Deux méthodes se trouvent en présence : celle de M. Terrier, et celle décrite par M. Delagénière sous le nom de procédé des *deux boutonnières*.

Celle de M. Terrier consiste à placer circulairement une rangée de points de Lembert, à ouvrir successivement avec un bistouri pointu les deux organes, et à introduire dans ces deux ouvertures un bout de drain en caoutchouc qui se trouve enfermé lorsque tous les points sont fermés. (Voir *Rev. de Chir.*, 1889).

Le procédé des deux boutonnières consiste à pratiquer, dans le fond de la vésicule et sur le duodénum, deux boutonnières pouvant admettre l'extrémité du doigt. Les lèvres de ces boutonnières sont rapprochées, puis suturées au moyen de deux rangs de sutures, l'un de sutures séreuses, l'autre de sutures muqueuses. L'auteur donnerait la préférence à ce dernier procédé, qui lui paraît d'une exécution plus sûre et plus facile.

Les détails de l'opération doivent être indiquées brièvement. Il suffira d'un aide ; les instruments devront être stérilisés ; on fera l'antisepsie du champ opératoire et on en conservera l'asepsie au moyen de compresses bouillies. Lorsque le ventre sera ouvert, on explorera la cavité péritonéale. D'après l'auteur, le palper des canaux cystique et cholédoque, fait avec méthode, renseignera aussi bien que le cathétérisme de ces canaux. D'ailleurs, l'important est de constater la lésion. Les accidents de l'opération pourront être évités pour la plupart. Il suffit de signaler l'hémorrhagie de la paroi, la septicémie causée par une faute du chirurgien ou par l'écoulement d'un liquide septique ou toxique dans le péritoine.

Les résultats immédiats seront la disparition de la tumeur biliaire, de l'ictère et du prurit. Les fonctions hépatiques se rétabliront d'autant mieux et plus vite que la lésion du foie sera moins avancée. Ces résultats deviendront définitifs lorsque l'affection pour laquelle on sera intervenu ne sera pas mortelle en elle-même. Or, le cancer est loin d'être la cause la plus fréquente des accidents ; par ordre de fréquence, on peut les grouper ainsi : lithiase biliaire, rétraction cicatricielle des conduits cystique et cholédoque, corps étrangers des voies biliaires, tous les cas de fistules biliaires cutanées, enfin le cancer. Dans ce dernier cas seulement, l'opération n'aura qu'un rôle palliatif.

Les résultats anatomiques, d'après les expériences faites sur des chiens et d'après deux autopsies publiées, sont les suivants. La vésicule, dès que la fistule est établie, revient sur elle-même et se transforme en une sorte de canal qui continue le canal cystique. L'orifice intestinal de ce nouveau canal se rétrécit progressivement jusqu'à ce qu'il ait atteint un volume égal à celui du canal cystique ; en outre, la pression des voies biliaires étant supérieure à celle de l'intestin, la bile coulera constamment de la vésicule dans l'intestin, la muqueuse intestinale qui bordera la fistule se plissera d'abord puis formera de véritables valvules empêchant tout reflux dans les voies biliaires.

L'étude statistique est courte, puisqu'elle repose sur les 7 cas connus. Sur ces 7 cas il n'y a eu qu'une mort : 4 fois la fistule fut établie dans l'intestin grêle, 2 fois dans le duodénum, 1 fois dans le côlon, 4 fois suivant le procédé des deux boutonnières, deux fois avec un seul rang de sutures séreuses, une fois d'une façon indéterminée.

Avant le travail de notre ami, aucun mémoire n'avait été publié en France sur ce sujet, exception faite toutefois pour les recherches expérimentales de M. le Pr Dastre. C'est donc là une thèse des plus importantes que tout chirurgien devra posséder dans sa bibliothèque. Il suffit de rappeler le nom de l'auteur de la belle observation qui en a été le point de départ, pour montrer de quelle manière cette chirurgie-là doit être faite, dans quelles conditions elle est permise. Nous terminons en engageant à nouveau les médecins à lire le chapitre des diverses indications de la cholécystoentérostomie. Ils verront que cette nouvelle conquête de la chirurgie moderne pourra certainement, dans un avenir qui n'est peut-être pas loin, rendre les plus grands services à de

trop nombreux hépatiques, sur le point, à chaque instant, d'être frappés par une des plus terribles complications de la lithiase biliaire. Marcel BAUDOUIN.

La statistique des causes de la mortalité et les médecins.

Les médecins ont un devoir, c'est, dans la mesure du possible, de renseigner l'administration sur les causes de décès, principalement en cas de maladies contagieuses et épidémiques. Dans des villes, déjà en grand nombre, on publie une statistique sérieuse des *causes de décès*. Dans certaines villes, les municipalités ne dressent que des statistiques sans intérêt, se bornant à indiquer le chiffre des décès avec cette mention singulière: *causes inconnues.*

Il n'est guère admissible que les médecins ne sachent pas à quelle maladie succombent leurs clients. S'ils ne le savent pas, le maire à un devoir, c'est de refuser le permis d'inhumer et d'exiger l'autopsie. Alors les médecins donneront un diagnostic précis. Ces réflexions nous sont suggérées par ce fait qu'une petite ville du Cher, Saint-Amand, pour le mois de janvier, donne 19 causes de mort inconnues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

MM. LORTET et DESPEIGNES ont fait des recherches sur *les microbes pathogènes dans les eaux filtrées du Rhône.* Les eaux potables distribuées à Lyon proviennent du Rhône : elles arrivent dans des galeries après avoir été filtrées à travers une épaisseur de 15 mètres de gravier récent. L'eau du Rhône renferme au moins 51,000 germes par litre : l'eau filtrée des galeries n'en contient que 7,000. Cette dernière laisse à l'intérieur du filtre Chamberland un dépôt glaireux, très riche en bactéries. Si l'on délaye ce dépôt dans de l'eau stérilisée et si on l'injecte à des cobayes, on provoque la mort de ces animaux (septicémie simple, pyohémie, congestion pulmonaire intense, etc.). Le système de filtration employé à Lyon semble donc incapable de retenir les bactéries pathogènes ; pendant la crue du fleuve, il se produit des poussées qui détachent du gravier une quantité innombrable de germes.

MM. LINOSSIER et G. ROUX ont étudié la *nutrition du champignon du Muguet;* ils ont suivi la méthode employée par Raulin, à propos de l'Aspergillus niger. L'oxygène libre est absolument indispensable au muguet ; aussi celui-ci se développe-t-il d'autant plus péniblement dans un liquide que la profondeur est plus grande. La rareté de l'air semble le plus généralement favoriser la filamentisation du muguet (tout état de souffrance provoquant la formation de filaments). C'est dans la série des hydrates de carbone que se trouvent les meilleurs aliments hydrocarbonés du muguet. Quant aux aliments azotés, la peptone, la leucine, le tartrate d'ammonium, paraissent les plus profitables ; l'absence d'aliments azotés empêche presque complètement le développement du champignon. Toutes conditions égales d'ailleurs, le muguet fournit, dans les milieux légèrement alcalins, des récoltes plus abondantes que dans des milieux neutres ou acides. Ce fait semble contredire les indications cliniques, puisque les alcalins sont employés pour combattre le muguet : la contradiction n'est qu'apparente ; elle s'explique si l'on étudie les conditions d'existence du muguet dans la bouche.

M. RAPHAEL DUBOIS analyse *la perception des radiations lumineuses par la peau chez les Protées aveugles des grottes de la Carniole.* Chez ces animaux, dont les yeux sont très peu développés et cachés sous la peau, les divers points du tégument sont sensibles à la lumière (plus particulièrement les régions de la queue et de la tête). Le Protée distingue la lumière de l'obscurité par les yeux et par la peau, mais la sensibilité dermatoptique est deux fois moindre que la sensibilité oculaire. La sensibilité de la peau de certains vertébrés à la lumière n'est donc pas douteuse. Il ne s'agit pas simplement d'une sensation consciente ou inconsciente de mieux-être.

M. G. CARLET décrit les *organes sécréteurs et la sécrétion de la cire chez l'abeille.* La cire est produite par les quatre derniers arceaux ventraux de l'abdomen. Elle est sécrétée non par la couche articulaire de ces arceaux ou par des glandes intra-abdominales, comme on l'a supposé, mais bien par les cellules d'une membrane épithéliale, la membrane cirière. Cette membrane est située entre deux feuillets dont l'un, extérieur, est la couche articulaire, tandis que l'autre, intérieur, forme le revêtement interne de la partie antéro-latérale de l'arceau ventral. La substance cireuse traverse la couche articulaire pour venir s'accumuler au dehors, contre la face externe de cette couche, où elle constitue une lamelle de cire recouverte par l'arceau ventral précédent.

Séance du 24 février 1890.

M. le Pr GUYON. — *Note sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rétention d'urine.* — L'accumulation de l'urine dans la vessie détermine dans tout l'appareil urinaire des lésions qui modifient ses fonctions et le rendent accessible à des influences auxquelles il peut, dans d'autres conditions, rester indifférent. Dans une précédente note, nous avons montré à quel point la rétention favorise l'invasion microbienne. Nous désirons aujourd'hui indiquer ses effets immédiats et éloignés, rechercher le mécanisme de leur production. La clinique nous a fourni, depuis longtemps, des renseignements très significatifs. Nous les avons contrôlés et complétés par une série d'expériences faites avec le concours de M. Albarran. Quelles que soient ses causes, sa forme et sa durée, la rétention évolue à l'état aseptique et sans fièvre. Ce n'est qu'après une intervention septique ou chez des sujets préalablement infectés que la fièvre survient. L'étude des rétentions chroniques incomplètes nous a servi à établir ces faits importants. Chez les sujets dont l'urine ne contient pas de micro-organisme et ne cultive pas, il n'y a aucune élévation de température. Chez ceux qui présentent des conditions contraires, nous avons observé la fièvre ; elle n'a cessé que par l'évacuation répétée ou continue. L'expérimentation ne permet d'étudier que la rétention aiguë, mais elle est confirmative. Seuls les animaux dont nous avons infecté la vessie avant de lier la verge ont eu une température élevée. Lorsque la fièvre est survenue, sans qu'une injection septique ait été pratiquée, nous avons constaté la présence d'organismes pathogènes. Lorsque la ligature a été levée à temps, la fièvre s'est éteinte et l'animal est revenu à la santé. Chez l'homme, toute rétention s'accompagne de polyurie. Cela s'observe surtout dans les rétentions incomplètes avec distension, mais aussi dans les rétentions aiguës sans lésions rénales, par exemple chez de jeunes sujets atteints d'abcès chauds de la prostate. La polyurie s'établit ou s'exagère, sous la seule influence de la réplétion de la vessie. Chez les animaux, nous avons vérifié le fait en faisant à la vessie des ponctions successives. La congestion de tout l'appareil urinaire est encore une des conséquences de la rétention. Chez l'homme, dans les rétentions aiguës quelque peu prolongées, l'urine est souvent colorée en brun ou en rouge. Dans les rétentions chroniques avec distension, l'évacuation complète et rapide provoque presque infailliblement une hématurie. Il est possible de constater, dans les rétentions complètes aiguës, l'augmentation congestive de la prostate et du rein. Le volume de ces organes, tout d'abord accru, diminue sous l'action répétée du cathétérisme. Dans certains cas où la rétention est productrice d'hématurie, l'évacuation seule permet de s'en rendre maitre. Chez les animaux, nous avons pu déterminer la congestion de la vessie, des reins, des bassinets, des uretères et de la prostate. La vessie et les reins sont surtout modifiés. Il y a non seulement stase

dans les vaisseaux, mais des hémorrhagies interstitielles et cavitaires se produisent. La couche musculaire de la vessie est dissociée par l'épanchement sanguin, son épithélium soulevé se détache par places, ce qui permet à l'absorption de s'exercer ; les vaisseaux gorgés de sang dessinent des réseaux d'une merveilleuse richesse, de grandes plaques ecchymotiques complètent la teinte écarlate de la surface interne, l'urine est mélangée de sang. Les reins sont augmentés d'un sixième environ et présentent d'importantes modifications de texture. La congestion aboutit à l'hémorrhagie, le sang extravasé se répand entre les tubes et pénètre dans leur intérieur, ce qui détermine la chute mécanique de l'épithélium. On trouve dans les urines des cylindres épithéliaux ou hématiques. Dans les rétentions de longue durée, on observe une ectasie avec aplatissement et état granuleux de l'épithélium des canalicules du rein. Ses fonctions sont troublées. Déjà nous avons vu la polyurie accompagner la rétention et se manifester surtout dans les rétentions incomplètes. Lorsque la vessie subit sans aucune détente une tension excessive, nous avons constaté chez les animaux l'amoindrissement de la sécrétion. Chez eux encore les analyses démontrent la diminution de l'urée. Le taux est surtout abaissé dans l'urine des uretères, c'est-à-dire dans l'urine sécrétée la dernière. Le rein est, de plus, directement menacé. A l'état normal le courant uretéro-rénal le protège. Il l'isole de la vessie, grâce à sa continuité et aux renforcements que lui imprime la contraction de la couche musculaire des uretères. Cette irrigation préservatrice est amoindrie, puis supprimée lorsque la rétention se prolonge. La différence de composition chimique des urines de l'uretère et de la vessie le montre déjà. Dans l'hématurie vésicale que détermine la rétention aiguë l'urine des uretères reste limpide, alors que celle de la vessie est fortement colorée. L'urine de la vessie ne reflue donc pas dans les uretères. Lorsque la stase est établie, l'ascension de particules inertes ou des micro-organismes devient néanmoins facile, possible dans ce milieu mort où les courants normaux de l'uretère et de la vessie sont suspendus. Au lieu d'être rejetés à l'extérieur ou de demeurer cantonnés dans la vessie, ils atteignent le rein. La poudre de charbon et les microbes introduits dans la vessie distendue remontent jusqu'à lui. Les particules inertes n'arrivent que tardivement et en très petite quantité dans le bassinet sans le dépasser, les micro-organismes envahissent avec rapidité et en nombre considérable l'appareil rénal tout entier. La stase de l'urine est d'autant plus complète, que la contractilité de la vessie et des uretères est bientôt abolie par la distension. Nos expériences montrent que la vessie perd la première son pouvoir contractile ; l'uretère subit bientôt le même sort. Lorsque la rétention ne date que de vingt-quatre heures, la contractilité urétérale peut être récupérée par la simple évacuation d'une partie du contenu de la vessie ou par l'électrisation. Elle reparaît ensuite dans la vessie elle-même. Si la rétention a été prolongée, rien ne la fait renaître. Ce phénomène est en effet sous la dépendance immédiate de la tension intra-vésicale et subordonnée à son degré. Il est facile de se rendre compte qu'il en est de même pour la polyurie et la congestion ; les lésions anatomiques et les troubles physiologiques sont en rapport direct avec l'intensité et le degré de la tension. Tout le démontre, aussi bien dans l'état aigu provoqué par l'expérimentation que dans les cas chroniques que l'observation permet de suivre. C'est donc sous l'influence d'un mécanisme identique que se produisent les lésions et les troubles fonctionnels consécutifs à la rétention. La tension, qui d'abord est seulement vésicale, devient uretérale et rénale. Lorsque la vessie a été remplie au maximum, les uretères, les bassinets et les canalicules rénaux eux-mêmes font à leur tour réservoir, ils donnent place à l'urine, qui continue à être sécrétée, mais ne reçoivent pas le trop-plein de la vessie. Nos expériences prouvent qu'il n'y a pas reflux dans la rétention aiguë. Cela est d'accord avec une constatation anatomique déjà faite par Hallé dans les cas chroniques ; cet auteur a montré que la portion vésicale des uretères ne participe pas à la dilatation énorme qu'ils subissent au delà de la vessie. Des actes très distincts se succèdent dans la rétention. La vessie entre d'abord en scène, elle n'y reste seule que si la tension n'est ni exagérée ni prolongée. Aussi les conséquences prochaines et éloignées de la retenue de l'urine seront-elles fort différentes, selon que l'on interviendra, alors que la vessie souffre seule ou que l'appareil urinaire supérieur est atteint et mis en état de réceptivité. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 février 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Quinquaud dépose sur le bureau de la Société une note de M. Leroy, de Lille, sur le *microbe de l'érysipèle*. M. Leroy a suivi le microbe dans les cultures et sur l'organisme vivant. Dans les cultures, il a vu que les propriétés pathogènes s'atténuaient graduellement, mais qu'après un certain temps, un an par exemple, on obtenait un véritable réveil de l'érysipèle. Chez le lapin inoculé à l'oreille on peut observer des phénomènes semblables. Après la chute des premiers accidents inflammatoires, on observe une guérison apparente, qui n'est qu'une accalmie, car de nouvelles poussées d'érysipèle peuvent s'observer à la suite.

M. Gley. — *Sur l'action anesthésique de la strophantine.* — On sait depuis longtemps que les différentes sensibilités peuvent être dissociées. La sensibilité tactile est différente de la sensibilité thermique. Donaldson a montré que la cocaïne anesthésie l'œil pour le tact et la douleur, mais non pour le chaud et le froid, ce qui est une démonstration très élégante de cette dissociation. Mackenzie a signalé le même fait dans l'anesthésie du larynx par la cocaïne. En employant la strophantine ou l'ouabaïne, qui sont, comme je l'ai montré il y a quelques mois, des anesthésiques locaux beaucoup plus puissants que la cocaïne, on voit que l'anesthésie produite est totale, complète, pour tous les modes de la sensibilité. Mais les sensations thermiques sont les dernières à s'éteindre et les premières à revenir. J'ajouterai que l'ouabaïne, comme la cocaïne, détermine une légère opacité de la cornée et une augmentation de la tension intra-oculaire.

M. Dastre. — Arloing a montré que chez le chien, le centre de la cornée est moins sensible que la périphérie ; il faut tenir compte de ce fait dans de telles expériences.

M. Gley. — Les champs de sensibilité de la conjonctive et de la cornée sont variables chez les différents animaux, mais il est facile d'éviter les erreurs.

M. Chauveau transmet une *réclamation* de M. Rodet, à propos d'une récente communication de M. Vincent, sur l'isolement du Bacille d'Eberth. M. Vincent a critiqué le procédé employé par M. Rodet, qui en maintient l'excellence.—Il présente une seconde note de M. Galtier, relative au mode de *transmission de la rage* dans quelques cas rares, voies digestive, respiratoire, génito-urinaire. En badigeonnant la muqueuse buccale de 30 lapins avec une émulsion de bulbe rabique, on en a rendu 4 enragés. 30 autres ont ingéré la même substance, 2 seulement sont devenus enragés. Les objets souillés de la bave d'un chien et portés à la bouche, par des enfants, par exemple, peuvent donc donner la rage. Le cas s'est déjà présenté ; et la conclusion c'est qu'il faut alors employer la vaccination Pastorienne. Par l'injection intra-laryngée, on tue 11 lapins sur 13. L'inoculation dans les culs-de-sac conjonctivaux peut amener aussi la rage. M. Galtier a été consulté par une personne dont les parties génitales avaient été souillées par la langue de son chien, enragé. Il s'est donc occupé de reproduire expérimentalement sur l'animal ces conditions de contage, mais sans résultats.

M. Nocard a fait manger à un renard, en 6 à 7 semaines, 8 cervelles et bulbes de renards enragés, et 5 à 6 cerveaux de chiens. L'animal n'est pas devenu enragé et n'a pas contracté l'immunité, car, trépané et inoculé à son tour, il est mort enragé dans les délais ordinaires.

MM. Letulle et Vaquez communiquent les résultats d'une *autopsie de maladie de Freidreich.* Ces autopsies sont jusqu'ici au nombre de 9 certaines, en 29 ans. Elles démontrent que les cordons postérieurs tout entiers sont altérés dans toute la hauteur de la moelle ; que les racines

postérieures sont également atteintes, mais dans des proportions variables. Les faisceaux pyramidaux croisés peuvent être envahis, les cordons antérieurs sont intacts, si ce n'est dans une observation américaine de Smith. Dans le cas rapporté, la durée de la maladie a été de 11 ans. Il y avait ataxie des mouvements, nystagmus, voix traînante et scandée, comme dans la sclérose en plaques. Le malade mourut d'asystolie consécutive à une lésion mitrale. L'examen de la moelle permit de constater la congestion des vaisseaux méningés. Les lésions constatées sur les coupes se rapportaient aux descriptions classiques. A la région lombaire, les cordons postérieurs sont pris. La zone qui borde les racines postérieures à leur entrée dans la moelle est envahie aussi. Les faisceaux latéraux sont beaucoup plus légèrement touchés. Il existe un certain degré de sclérose péri-épendymaire. Les racines sont inégalement touchées. La région dorsale présente les mêmes scléroses systématisées ; on note, de plus, le faible volume de la moelle. Le faisceau latéral, à sa surface, paraît légèrement touché, les cellules des colonnes de Clarke sont très diminuées de nombre. A la région cervicale, les lésions sont les mêmes. La systématisation porte donc surtout sur la région postérieure de l'axe spinal. M. Letulle conclut en se rattachant à la théorie de Freidreich, qui attribue l'ataxie héréditaire, décrite par lui, à une malformation congénitale de la moelle. La lésion du cœur était probablement congénitale aussi.

M. Déjerine. — Dans le cas que vient de rapporter M. Letulle il n'existait aucuns troubles de sensibilité subjectifs ou objectifs. On sait que c'est un des caractères qui distinguent l'ataxie héréditaire de l'ataxie de Duchenne. On a essayé de trouver une différence anatomique dans la lésion des cordons postérieurs, et l'on a dit que la zone de Lissauer, qui limite les cornes postérieures au sortir de la moelle, était conservée dans l'ataxie héréditaire. Cette opinion ne peut se soutenir, puisque nous voyons la zone de Lissauer envahie chez le malade de M. Letulle. Où donc trouver une explication de la persistance de la sensibilité dans la maladie de Freidreich ? On peut constater, sur les pièces de M. Letulle, que les racines sont très peu touchées. De plus, les nerfs cutanés devaient être peu atteints, car leurs lésions sont toujours proportionnelles à celles des racines. Dans l'ataxie de Duchenne, les cordons postérieurs, les racines et les nerfs périphériques présentent des lésions d'intensité parallèle, quand les cordons sont très altérés ; il en est de même des racines et des nerfs.

M. Dupuy. — Je tiens à relever la destruction de la colonne de Clarke, avec absence de troubles vaso-moteurs. Il y a là un fait intéressant, en contradiction avec ce qu'enseignent quelques anatomistes, sur le rôle vaso-moteur de ce centre gris.

M. Pouchet dépose une note de M. Tourneux, professeur à Lille, sur le *développement de l'intestin caudal sur l'embryon de chat*. Une portion de l'intestin se prolonge dans la queue et s'atrophie en même temps que la notocorde, formant une masse à peu près commune avec ce dernier organe.

M. Desesquelle décrit un procédé pour rechercher de petites quantités de *naphtol ou d'un autre corps phénolique dans les urines*. Ce procédé, très sensible ; est basé sur l'emploi du chloroforme et de la potasse, il permet de retrouver le naphtol β à l'état naturel dans l'urine des malades qui en prennent de 50 centigr. à 4 gr. par jour ; et même, dans quelques cas, dans l'urine de blessés ou d'opérés dont les plaies avaient été pansées au naphtol simple ou camphré. Cette élimination prouve que le naphtol constitue un antiseptique général, même appliqué localement. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 février 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Doyen (de Reims), au nom de M. Lajoux et au sien, donne le résultat de l'analyse de sept échantillons d'eau envoyés de Pont Faverger où sévissait une *épidémie de fièvre typhoïde*. Ils y ont rencontré environ 25 millions de bactéries, dont 15 à 20 millions de bacilles typhiques par litre. En congelant à — 100°, les cultures furent rendues stériles Les eaux contaminées ne contenaient qu'à peu près la proportion tolérée d'ammoniaque et de matières organiques, celles-ci ayant subi dans le sol la fermentation nitrique. Ils concluent que : 1° Le dosage des matières organiques et de l'azote ammoniacal n'a qu'une importance secondaire dans l'analyse d'une eau suspecte ; 2° Le dosage du chlore et de l'acide azotique est, au contraire, en rapport direct avec le degré de contamination de l'eau par les matières organiques d'origine animale, qui ont subi presque en totalité l'action du ferment nitrique ; 3° L'analyse bactériologique a confirmé pour chaque échantillon l'analyse chimique.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur l'*aération permanente par la fenêtre ouverte dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, à propos d'un travail sur le même sujet de M. Nicaise. C'est en 1887, au Congrès de Wiesbaden que M. Dettweiler a annoncé les bénéfices de cette méthode, reprise par MM. Daremberg et Pouzet, et enfin par le Dr Nicaise qui a donné les résultats de son expérience au mois d'octobre dernier à l'Académie. Il a démontré qu'on peut, en laissant la fenêtre entr'ouverte, maintenir la température à + 10°, et cela quoique l'air extérieur puisse s'abaisser à — 2°. Cela tiendrait à ce que la chaleur emmagasinée dans la journée par la chambre largement ouverte est émise la nuit par les parois de la chambre. Pour confirmer cette hypothèse, il faudrait toutefois noter les jours où le soleil a brillé et ceux où il a été absent. Peut-être aussi n'en serait-il pas de même dans un climat moins privilégié que celui de Nice. Malgré les avantages de cette médication, on ne saurait non plus supprimer le traitement pharmaceutique pour abaisser la fièvre, calmer la toux, diminuer l'expectoration.

M. Danion lit un travail sur le *traitement des fibromyomes utérins par le tampon électrique et les renversements*. Il conclut que dans la cure électrique des fibromes utérins l'action galvanocaustique est inutile, sinon nuisible. Les pôles positif et négatif agissent indifféremment en associant leurs effets dans des renversements. Les intensités les plus utiles oscillent entre 80 et 120 milliampères, mais peuvent aller jusqu'à 140 et 150 milliampères. Il n'y a jamais eu d'accident dans plus de 600 cas traités par cette méthode, qui est applicable à tous les cas sans exception, même quand il existe des kystes ou des lésions des annexes. Les effets immédiats sont beaucoup plus rapides qu'avec l'action intra-utérine et les ponctions, ou même l'action intra-cervicale.

Election d'un membre correspondant étranger. — M. Lemoigne (de Milan), est élu par 46 voix sur 48 votants.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les candidats à titre de *correspondant national*. Sont présentés : en première ligne, M. Henrot (de Reims) ; en deuxième ligne, M. Villard (de Marseille) ; en troisième ligne, M. Lacassagne (de Lyon) ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Gros (d'Alger), Niepce (d'Allevard), et Trastour (de Nantes). Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 Février 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Ferrand, à propos de la lecture du procès-verbal, insiste sur la rapidité de l'apparition des phénomènes d'intoxication urémique chez le malade dont il a parlé dans la précédente séance. C'est cette rapidité seule qui fait tout l'intérêt de l'observation.

Sociétés savantes. — *Dons.* — Madame veuve Magnier lègue 15,000 fr. à l'Association générale ; 5,000 fr. à la Société centrale ; 10,000 fr. à la Société de Chirurgie, et, en outre, à l'Association générale la nue propriété d'une rente de 6,000 francs.

M. DUMONTPALLIER demande s'il n'y avait pas d'altérations de la vessie capables d'expliquer une si rapide absorption des matériaux toxiques.

M. FERRAND. — L'exploration n'a pas révélé de grosse prostate; il est possible cependant qu'il y ait eu un certain degré de cystite qui expliquerait en partie la rapidité de l'absorption. Dans l'infection urineuse, cependant, les phénomènes d'intoxication ne se montrent pas aussi vite.

M. FÉRÉOL communique le résumé des faits de *grippe* observés dans sa clientèle. Les cas légers ont été les plus nombreux. Deux cas graves ont guéri : une femme de 80 ans et une autre de 85 ans atteinte de broncho-pneumonie double. Un homme de 43 ans, à hérédité cardiaque très nette, a succombé à la 3e reprise d'une broncho-pneumonie hémoptoïque dans un accès de faux angor, après avoir présenté des crachats visqueux, des douleurs angoissantes, de la tachycardie. Un autre malade, atteint de broncho-pneumonie hémoptoïque, a guéri. Tout le monde a remarqué la fréquence et la violence des points de côté, sorte de pleurodynie généralisée, ces points revenaient souvent pendant la convalescence, faisant craindre le développement de tubercules ou d'une pleurésie. Je n'ai observé cette dernière que rarement, du moins la pleurésie avec épanchement. Quatre malades ont présenté des symptômes myopéricardiques, ce qui semble indiquer une certaine prédilection de la grippe pour le cœur et le péricarde et pourrait expliquer nombre de morts rapides, presque subites. Les diabétiques ont fourni une forte mortalité. Néanmoins, plusieurs se sont montrés complètement indemnes, alors que toute la maison était prise, ou se sont rapidement guéris. Tel un ménage de diabétiques où le mari avait 65 ans et la femme 60. Il est vrai que c'était au début de l'épidémie, où l'allure de la maladie n'était pas ce qu'elle fut plus tard. Cette épidémie est-elle la grippe ou la dengue? Il est difficile de se prononcer. Aucun de nous n'a vu la dengue et il n'y a pas eu de forte épidémie de grippe depuis 1837. En ce qui concerne les exanthèmes, j'ai vu plusieurs cas d'éruptions cutanées à caractères bizarres, rappelant assez exactement les descriptions de M. de Brun. Les difficultés et les longueurs de la convalescence, signalées partout, ont été particulièrement remarquables chez un de mes malades. Plusieurs malades ont présenté des grippes à caractère abdominal. J'ai vu une pérityphlite chez un malade cardiaque au régime lacté, auquel son fils avait rapporté la grippe de Saint-Cyr, plusieurs autres membres de la famille avaient également subi les atteintes de l'épidémie. Comme M. Laveran, j'ai observé un cas de myélite ascendante chez un médecin de province, nosomane, morphinomane invétéré. Ici le mauvais terrain a favorisé la mort. Les otites ont été nombreuses et peu graves. La contagiosité me paraît évidente au moins pour la forme catarrhale dans beaucoup de cas. Dans mon service, tous les infirmiers ont été malades.

M. LAVERAN a observé plusieurs cas de pleurésie grippale, les uns bénins, les autres arrivant à la suppuration. Un cinquième malade de son service a eu une pleurésie purulente précédée d'une pneumonie. La ponction a amené 1,200 grammes de pus contenant du streptocoque. Un de ses malades a succombé à une phlébite qui doit se rattacher à la grippe infectieuse, car on a trouvé des streptocoques dans le sang. Un autre malade, atteint de pleurésie purulente, a succombé à une péricardite.

M. FERRAND a signalé, dans la précédente séance, la pathogénie nerveuse de certains accidents de la grippe. La mobilité des symptômes au cours de la maladie, l'asthénie profonde qui la suit, sont encore des arguments en faveur de cette hypothèse. Ce caractère nerveux de la grippe est probablement attribuable à la constitution médicale nerveuse, prépondérante à notre époque. Deux cas de phlébite : l'un chez un malade atteint de grippe intense, puis de pneumonie et enfin de phlegmatia dans le membre gauche. La maladie gagna le membre droit, puis l'origine de la veine cave inférieure. Une partie du caillot devait oblitérer les veines sus-hépatiques, car il y eut congestion du foie et ascite. Le second cas appartient à un malade atteint de grippe ordinaire.

M. HAYEM demande si l'épidémie est réellement terminée ; cette notion lui serait très utile pour le diagnostic de quelques malades de son service chez lesquels on peut encore penser à cette maladie.

M. CHANTEMESSE. — A l'Institut Pasteur nous voyons chaque jour encore des cas nouveaux chez des gens arrivant, il est vrai, de province.

M. JUHEL-RENOY. — Dans un service de l'hôpital Necker, spécialement affecté à la grippe, je n'ai pas vu depuis trois semaines un seul cas nouveau, mais beaucoup de pneumonies.

M. FÉRÉOL. — Ce que nous voyons en ce moment ressemble plutôt aux fièvres saisonnières qu'on qualifie habituellement de grippes. C'est très probablement une queue d'épidémie.

M. COMBY. — Je n'ai pas vu depuis quinze jours un seul cas de grippe infantile au Dispensaire, où elle avait sévi avec intensité.

M. GAUCHER a encore vu, à la consultation du Bureau central, un certain nombre de grippés.

MM. MERKLEN et FAISANS viennent de voir en ville des cas indiscutables.

M. CADET DE GASSICOURT a vu hier un cas-type chez une dame âgée demeurant à Paris depuis plus de quarante ans.

M. FERRAND demande si cette dame n'a pas été en contact avec des provinciaux, car il existe encore plusieurs petits foyers dans l'ouest et le midi.

M. CADET DE GASSICOURT. — La malade en question n'a pas vu de provinciaux et sa grippe est parfaitement caractérisée.

M. RENAULT signale des malades envoyés à Aubervilliers comme varioleux et ne présentant que des érythèmes polymorphes, vraisemblablement attribuables à la grippe.

M. PETIT a vu chez un malade de 14 ans, après un malaise général, du lumbago, de la céphalalgie et une température de 41°, un érythème polymorphe rappelant la scarlatine sur le cou et les parties supérieures de la poitrine, la rougeole sur le reste du corps. Les yeux étaient injectés, les conjonctives rouges, pas de mal de gorge. Au bout de 36 heures l'éruption avait disparu ; le malade ne présentait plus que des signes de grippe. — Chez une jeune femme, une fausse couche de deux mois s'est produite au début d'une grippe. Il n'y a à incriminer ni la toux peu intense à ce moment, ni l'hyperthermie, la température n'a pas dépassé 39°,5.

M. FAISANS a vu des cas analogues aux précédents : fièvre forte, douleurs dans les membres, céphalalgie violente rappelant les cas de de Brun. Le 4e jour éruption scarlatiniforme sur tout le corps et la face, puis apparition de sudamina. Au bout de quatre jours desquamation sur tout le corps. Ni coryza, ni laryngite.

M. FERRAND a vu chez une nourrice une éruption très bénigne, occupant le haut du tronc et les extrémités, sous forme de plaques analogues à la scarlatine, tandis que sur la poitrine elle avait les apparences de la rougeole.

M. HAYEM. — Sur une préparation de sang normal, pur, convenablement faite, tous les globules rouges sont immobiles. Il n'en est pas de même dans l'*anémie* au 4e degré. Il y a alors des mouvements complexes consistant en déformations de la masse entière du globule, en mouvements limités à une de ses parties, ou en un déplacement de l'élément entier avec ou sans translation dans le champ du microscope. Ces mouvements peuvent se ramener à 4 types : 1° *Éléments contractiles dans toute leur masse.* — Les globules se replient sur eux-mêmes, se plissent sans changer de place. Ces mouvements sont analogues à ceux décrits par l'orateur pour les globules rouges à noyaux du sang de l'embryon et les éléments colorés à noyau des organes hématopoiétiques. 2° *Eléments à prolongements mobiles.* — Des globules rouges moyens, petits ou nains, poussent des prolongements en forme de doigt de gant, de tentacules ou de flagellums mobiles ou non. 3° *Éléments oscillant sur place.* — Ce sont des globules nains assez petits pour flotter dans le plasma, ils oscillent autour d'un axe passant par leur grand diamètre. 4° *Eléments se déplaçant dans la préparation.* — Plus petits encore. M. Hayem leur réserve le nom de pseudo-parasites. Ils affectent la forme de batons noueux étroits de 3 à 7 ou 8 μ de longueur et peuvent à un examen superficiel être confondus avec de véritables parasites. Ils sont doués d'un mouvement d'oscillation autour de leur grand axe et de mouvements d'inflexion suivant leurs faces. Cette mobilité, parfois très remarquable, a une durée

notable mais limitée, (2 à 3 heures). Ces 4 types d'éléments peuvent coexister chez le malade. Le premier paraît plus rare. Quand on fixe ces éléments à l'aide d'un réactif ou par la dessication, on voit que ce sont des globules nains très déformés, arrêtés dans leur évolution, mais ayant gardé une partie des propriétés des globules rouges. Ils semblent se rattacher purement à la description des lésions globulaires dans l'anémie du 4e degré.

M. Chantemesse croit avoir rencontré, dans le sang des malades atteints de grippe, ces formes d'éléments décrites par M. Hayem. Il ne les a pas retrouvées dans le sang normal. Il s'est servi pour ses recherches du sérum coloré d'Erlich. Il a vu également une forme particulière de *monade*, que Klebs vient de décrire dans le sang d'un individu qui a succombé à l'influenza. Ce corps se présente par son aspect extérieur comme assez analogue au globule altéré des anémies extrêmes de M. Hayem. MM. Widal et Chantemesse ont considéré ces éléments comme des globules altérés, car ils n'ont pu obtenir de culture avec le sang de ces malades, recueilli au début de la grippe. Quels sont les rapports de ces corps avec ceux décrits par Klebs et ceux décrits par M. Hayem dans l'anémie au 4e degré? Il n'est pas actuellement possible de le dire.

MM. Antony et Vaillard (Val-de-Grâce) ont vu dans le sang, examiné frais, sans addition de sérum ni de matière colorante, les mêmes formes globulaires mobiles, simulant des parasites.

M. Hayem. L'examen du sang pur et de celui qui a subi l'action des réactifs n'est pas comparable. Dans les préparations où entrent des liquides colorants, il se fait des déformations artificielles des globules. D'autre part, les hématoblastes ne sont pas fixés, mais altérés et déformés et ils présentent au plus haut point des phénomènes de mouvement. Les éléments qu'il vient de décrire ne sont pas des hématoblastes, mais de véritables globules rouges, allongés, nains, qui n'ont aucun rapport avec les éléments non persistants. C'est la première fois qu'on voit des déformations des globules rouges dans des conditions bien nettes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces phénomènes paraissent appartenir en propre à l'anémie extrême. Il faut que le globule, pour devenir mobile, ait subi dans sa nature une modification profonde et considérable. L. R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 *février* 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Routier dépose sur le bureau une observation envoyée par M. le Dr Poisson (Nantes) : *Carcinome du rectum ; extirpation par la voie sacrée; fistule stercorale ; septicémie ; mort.* (Renvoi à une commission.)

M. Le Dentu, à propos du procès-verbal, tient à démontrer que la tumeur dont il a parlé dans la dernière séance est bien un *fibrome développé dans la cicatrice d'une ancienne laparotomie*. Il est impossible, en effet, de rapprocher ce cas de ceux qu'a rapportés, en 1885, M. Terrillon, à propos des récidives dans la cicatrice de la paroi abdominale des tumeurs de l'ovaire. Aucune analogie d'aspect entre son fibrome encapsulé et les récidives d'épitheliomas ovariens. Le désaccord clinique est absolu. Dans le dernier cas, la récidive survient rarement après 2 ans, il y a des ganglions dans les aines, des noyaux cancéreux à distance, etc. D'ailleurs, au dire de plusieurs de ses élèves, l'examen histologique aurait été fait et il s'agissait bien d'un fibrome; malheureusement il ne peut le prouver, car la pièce est égarée.

M. Verneuil fait remarquer que pour le sein on voit quelquefois, dans la cicatrice résultant de l'ablation d'une tumeur de la mamelle, se développer une chéloïde. Peut-être en a-t-il été de même pour le cas de M. Le Dentu?

M. Le Dentu est convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une chéloïde.

Suite de la discussion sur le traitement des Endométrites par le Curettage utérin.

M. Trélat rappelle que depuis longtemps il s'occupe de cette question. On sait qu'il a publié de nombreuses leçons sur ce sujet. M. Bouilly a dit que lors de déchirures du col utérin il faisait une opération spéciale, au lieu de se borner au curage simple de l'utérus. M. Trélat pense que c'est inutile dans la plupart des cas; le curettage seul peut amener la guérison des déchirures ; l'opération d'Emmet lui paraît rarement indiquée et surtout rarement nécessaire. Son procédé opératoire ressemble beaucoup à celui de M. Bouilly ; mais si les tiges de laminaire ne fournissent pas une dilatation suffisante, il la complète à l'aide des mandrins d'Hégar. Il se sert de 3 curettes : une grande curette de Simon-Volkmann (13 × 18 millim.) ; une curette dite de Sims, dont il est en réalité l'inventeur, à tranchant perpendiculaire au manche ; une petite curette pour le col. On peut employer un écouvillon de ouate imbibée de glycérine créosotée, ou se contenter de lavages à l'aide d'une canule de verre à un seul orifice. Au début, il faisait des pansements intra-utérins ; il y a désormais renoncé ; il se borne à mettre un gros tampon dans le vagin ; il emploie le bi-iodure de mercure, à 0,10 pour 1 000, dissous dans l'eau, à l'aide d'iodure de potassium et d'alcool. Il opère 4 à 8 jours après les règles. Il a fait, depuis 3 ans, 206 curettages utérins. Les métrites hémorrhagiques sont parfaitement guéries par le curettage; pour les métrites catarrhales, on a plus d'insuccès Dans 5 cas, les annexes étaient douloureuses et il y avait, outre l'endométrite, tumeur salpingienne ; ces 5 cas ont été guéris par le curettage seul. M. Trélat cite deux observations très démonstratives, et inattaquables à son avis. Ces cas prescrivent de faire, sauf menace d'accidents graves tels qu'imminence de rupture des tumeurs salpingieuses, un curettage avant toute laparotomie pour les faits de ce genre ; ce sera toujours une très sage précaution, puisque le curettage peut amener la guérison.

M. Routier ne fait le curettage que chez une catégorie assez restreinte de malades. De 1886 à 1890 il l'a pratiqué 24 fois. Il emploie les tiges de laminaires pour la dilatation utérine. Pour lui le curettage n'améliore en rien la salpingite qui accompagne l'endométrite ; il ajoute même que le curettage dans ces cas peut être dangereux, s'il est mal fait. Il a constaté, comme ses collègues, que ce procédé de traitement est excellent pour les métrites hémorrhagiques, mais qu'il donne des résultats moins certains dans les métrites muco-purulentes ou purulentes.

M. Terrillon a fait 63 curettages à partir du 1er avril 1885 ; il n'a jamais observé d'accidents à la suite de cette opération. Dans 15 cas de métrites hémorrhagiques, il a obtenu 12 succès rapides; un second curage a permis d'obtenir la guérison des 3 autres. Pour lui, le tamponnement de l'intérieur de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée a des avantages très nets, et les succès sont plus prompts à se manifester. Dans 32 cas, il s'agissait de métrites muco-purulentes ou glaireuses ; il a obtenu 21 succès complets ; dans les 11 autres cas, les résultats n'ont été que passagers. Cependant le curettage doit continuer à être employé pour ces formes de métrite, parce qu'il procure des rémissions et amène une amélioration réelle. — Dans 4 cas, il s'agissait d'écoulements sanguins symptomatiques de sarcomes intra-utérins ; le curettage lui a permis de ramener des détritus du néoplasme qui ont servi à éclaircir le diagnostic ; il a obtenu parfois l'arrêt des hémorrhagies, mais jamais il n'a pu se rendre maître de l'hydrorrhée symptomatique du sarcome. — Chez 12 malades, il y avait salpingite en même temps qu'endométrite. Aucune de ces 12 femmes n'a été améliorée par le curage. Chez 8 d'entre elles on fit ensuite l'ablation des annexes, et elles guérirent ; les 4 autres curées antérieurement par un autre chirurgien que M. Terrillon furent castrées et guérirent aussi. Le curettage est une opération bénigne, inoffensive quand on prend les précautions voulues. Il peut rendre les plus grands services dans les différentes formes de métrite.

M. Richelot critique le mot curettage, qu'il trouve inutile, puisqu'on possède déjà celui de curage. Outre les cas de sa pratique, consignés dans la thèse de M. Péraire (1889), il a fait l'année dernière 51 curages utérins. Il emploie le manuel opératoire de M. Terrier. Il ampute très souvent le col, quand il le croit malade ; car, pour lui, il est à peu près impossible de faire en ce point un grattage sérieux. Le col est sain ou il ne l'est pas. S'il ne l'est pas, il est incurable (1) par la curette et il

(1) Le mot incurettable serait plus précis, s'il était français.

faut l'amputer. Aussi ne faut-il pas s'étonner si, sur ces 51 cas, il a fait 32 fois l'opération d'Emmet ou celle de Schrœder. Il ne comprend pas comment les canules vaginales peuvent infecter les utérus curés. Comme M. Trélat, il pense qu'il y a des cas, rares il est vrai, mais réels, d'endométrite avec salpingite, qui sont améliorés par le curage. M. Richelot constate, avec étonnement, que M. Lucas-Championnière a changé d'opinion sur la valeur du curettage, lui qui autrefois disait que, toutes les fois qu'une femme souffre du ventre, ce sont les annexes et non l'utérus qui sont malades.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense, en effet, qu'on attribue souvent à l'utérus des symptômes qui dépendent d'un lésion des annexes; c'est le cas pour les déplacements utérins. Pourtant il reconnaît que pour les rétro-déviations, par exemple, il y a des cas où les douleurs sont dues à la déviation pure, d'autres où elles ressortissent de la lésion des annexes. Des observations le démontrent amplement.

M. BERGER décrit un *procédé autoplastique nouveau pour guérir les cicatrices vicieuses du cou* avec déviation de la tête; il l'appelle procédé en cravate. Il consiste dans une section transversale et circonférencielle de la cicatrice et dans le transport de grands lambeaux dorsaux et thoraciques sur la surface cruentée. Ces lambeaux sont suturés.

M. DELORME montre un malade auquel il a *réséqué l'extrémité interne des quatre premières côtes avec la partie latérale gauche de la partie correspondante de la colonne vertébrale.* (Renvoi à une Commission). Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAGNEAU.

M. DROUINEAU offre à la Société un livre de « revue critique des Congrès d'hygiène et d'assistance. »

M. SCHNEIDER. — *La fièvre typhoïde dans l'armée.* — L'auteur montre les excellents résultats obtenus, grâce aux bonnes eaux données aux troupes. Depuis que bon nombre de casernes ont été dotées d'eau de source, la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde se sont énormément abaissées: dans certaines villes, un régiment, buvant de l'eau contaminée, présentait un grand nombre de typhiques, tandis que l'autre régiment caserné dans des bâtiments recevant une eau pure, n'a pas eu de malades par fièvre typhoïde.

M. BROUARDEL. — Il est regrettable que l'autorité civile ne puisse agir comme l'autorité militaire qui arrive à ces beaux résultats hygiéniques, grâce aux mesures qu'elle peut ordonner. Cette question de l'assainissement des eaux de villes aurait une importance extrême en cas de guerre; ces agglomérations d'hommes au moment d'une déclaration de guerre amèneraient fatalement des épidémies de fièvre typhoïde, si les eaux étaient malsaines. C'est ce qui est arrivé en Tunisie et au camp du Pas-des-Lanciers.

M. CACHEUX et M. COLIN prennent la parole à propos des filtres et des meilleurs moyens de les installer.

M. LETULLE. — *Devoirs prophylactiques du médecin praticien en présence d'une maladie contagieuse.* — Dans ce travail, M. Letulle passe en revue les questions suivantes: le médecin à l'hôpital; prophylaxie des maladies infectieuses à l'entrée à l'hôpital; mobilier hospitalier aseptique; désinfection obligatoire des excréta, du pus, des crachats; isolement des maladies contagieuses, lavage des planchers et des murailles par le sublimé; eau de boisson stérilisée dans les salles, hygiène du médecin lui-même, des élèves, du personnel. Le médecin dans sa clientèle privée. Déclaration à l'administration d'un cas de maladie infectieuse. « A l'hôpital, dit M. Letulle en terminant, aussi bien que dans le logis propre à la clientèle privée, le médecin doit ne rien apporter et ne rien prendre, le malade ne rien prendre, ne rien laisser; l'hôpital enfin, comme le logement contaminé, tout recevoir et ne rien garder. »

M. NAPIAS. — *Le travail de nuit des femmes dans les manufactures.* — M. Napias termine son intéressante lecture en demandant à ce que la Société d'Hygiène émette le vœu que le travail de nuit des femmes soit interdit.

M. BROUARDEL. — Ce vote sera un appui puissant à l'Académie de médecine qui s'occupe de cette question et qui va avoir prochainement à donner son avis.

La Société vote à l'unanimité ce vœu. MARTHA.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 20 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. MÉNARD, à propos de la communication que fit, à la dernière séance, M. Laborde sur *un cas rare d'instinct maternel* chez une chienne, insiste sur la rareté du fait qu'il n'a pas observé au Jardin d'acclimatation. Le vomissement accidentel, profitable aux jeunes chiens spectateurs de l'accident, est au contraire plus fréquent. M. Ménard rapporte en outre, à propos d'une présentation antérieure de M. Chervin, qu'il a observé assez souvent des cas de lapin monauriculaire avec atrophie d'organes.

M. LABORDE communique une lettre d'un observateur consciencieux qui a observé le même instinct maternel *chez une louve* nourrissant ses louveteaux; puis, la mère morte, le loup reprenait sa besogne. Il serait intéressant de constater le fait en dehors de la captivité.

M. HERVÉ fait remarquer que cet instinct si curieux est l'origine de l'intelligence. M. SAMSON croit que l'animal se charge probablement l'estomac d'une grande quantité de nourriture dont sa bouche ne saurait se charger en une fois.

M. HERVÉ présente, de la part de M. Chudzinski, *un cas de condactylie* important en tant que les 4 extrémités en sont atteintes. Le sujet, une jeune fille, présente aux mains la condactylie en pince de homard; aux pieds, on constate la présence de 4 métatarsiens et d'un 5e rudimentaire. Elle marche bien, serre fortement la main et soulève des charges.

M. HERVÉ lit, de M. Lombard, *une description sommaire de l'Asie occidentale* peuplée, d'après l'auteur, avant la race sémitique, d'une race dite khamitique, mélange de méditerranéenne et de turco-mongole.

M. LABORDE fait une communication sur un *fait physiologique de localisation cérébrale chez l'homme*, mis en évidence par la méthode expérimentale sur les animaux. Si, chez des animaux, on enlève la matière cérébrale jusqu'au pont de Varole, on observe les mêmes phénomènes que dans la décapitation. Il y a non seulement des réflexes généraux, mais il subsiste des réflexes sensoriels de l'audition assez notables pour qu'un coup de pistolet soit suivi d'un tressaut de l'animal. Il réagit par un cri émotif, inconscient. En enlevant la protubérance — et le traumatisme n'est pas excessif — il y a survie. Le cri en question se produit encore, mais il porte la caractéristique d'une forte expiration. il ressemble à un cri « de polichinelle », p. ex. chez le rat et le très jeune cobaye. On arrive le mieux à l'ablation de la quantité de matière cérébrale voulue, au moyen d'un jet d'eau chaude de 40° c. qui, tout en produisant l'ablation de la matière, agit comme hémostatique en évitant l'excessif affaiblissement. On peut faire de la sorte une véritable dissection, réserver la protubérance ou l'enlever sans intéresser le bulbe. Or M. Laborde vient d'observer, au Val-de Grâce, dans le service de M. Du Cazal, un cas qui présente les mêmes phénomènes d'augmentation des reflexes comme dans le cas expérimental. Il s'agit d'un garde de Paris, atteint, par suite de chute, d'une arthrite au genou laissant une amyotrophie du triceps avec réduction à la moitié du volume normal. Le traumatisme a été le point de départ d'une névrite se communiquant à la moelle dans toute sa longueur, suivant une altération ascendante, et donnant aux réflexes une augmentation particulière. Le tendon rotulien, par exemple, exagère le réflexe, mais sur le côté sain également, d'où il faut conclure que la moelle est atteinte dans toute sa longueur. Le même cri, involontaire, non simulé, se produit comme dans l'expérience. Conclusion: le siège de ce cri réflexe est dans les portions supérieures du myélaxe au point où nous le constatons chez l animal.

M. HERVE dit que chez certains *anencéphaliens il y a survie*; ils crient et ils tettent. M. LABORDE répond que l'anencéphalie est ordinairement incompl'ète. Le cri réflexe n'est pas douteux.

M. VARIOT fait remarquer la rareté du cas cité par M. Laborde. Le réflexe rotulien se produit d'ordinaire sans cri et il y a plutôt diminution des réflexes dans les névrites ascendantes.

M. DUMONT communique un travail *sur le mouvement de la population dans l'île d'Oléron.* G. CAPUS.

SAGES-FEMMES ET AVORTEMENTS. — D'après le *Daily News*, on vient de découvrir à Varsovie une sorte d'association de sages-femmes qui se chargeaient de débarrasser les mères de leurs enfants nouveau nés. L'amant d'une de ces sages-femmes aurait confessé qu'à lui tout seul, depuis trois mois, il avait fait disparaître une cinquantaine de cadavres. L'association paraît avoir eu dans les principales villes de la Russie des agents qui expédiaient les petites victimes à Varsovie.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et les règlements; par le Dr A. Martin (Paris, Steinheil).

II. — Rapport sur les mesures à prendre contre la propagation des affections contagieuses par les peignes, rasoirs et autres objets de toilette; par Lancereaux.

III. — Note sur les travaux du Bureau municipal d'hygiène et sur les mesures d'assainissement prises par la municipalité de Nice pendant les années 1887 et 1888; par le Dr Balestre (Nice, 1889).

IV. — Des cabinets d'aisance. Etude d'hygiène domestique; par le Dr Zavitziano (Constantinople).

V. — De l'isolement et de la désinfection dans la rougeole; par le Dr Lardier (de Rambervilliers), 1889.

VI. — La revaccination obligatoire dans les écoles, et l'arrêté ministériel du 20 décembre 1888; par le Dr Lardier.

I. — Depuis quelques années on se préoccupe de plus en plus en France des questions d'hygiène publique : les travaux des sociétés, les discussions des congrès, et même les débats des assemblées délibérantes, ne cessent de chercher à assurer la salubrité dans les agglomérations urbaines et rurales. L'ouvrage de M. le Dr Martin expose d'une façon très nette les lois et les règlements relatifs à l'hygiène, la législation sanitaire française, et le rôle des services d'état, départementaux et municipaux. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Grâce aux nombreux documents qu'il contient, ce livre sera d'un grand secours aux médecins et aux personnes qui, par leurs fonctions administratives ou municipales, sont appelées à s'occuper de l'hygiène publique.

II. — M. Lancereaux arrive aux conclusions suivantes: instruire les barbiers et les coiffeurs des dangers de contagion inhérents à la pratique de leur profession et de la responsabilité qui en résulte ; leur demander d'engager chacun de leurs clients à se pourvoir, autant que possible, des objets qui doivent lui servir; d'autre part, inviter les coiffeurs à désinfecter, après chaque opération, les objets communs. Les peignes et les brosses devraient être tous les jours lavés à l'eau de savon et nettoyés à l'aide de poudre de son. Les ciseaux et autres objets en acier seraient trempés dans l'eau bouillante, ou désinfectés dans une solution d'acide phénique à 5 0/0.

III. — Le bureau municipal d'hygiène de la ville de Nice, quoique de création récente, a pu déjà rendre de grands services, grâce à la savante direction du Dr Balestre qui, en quelques mois, a pu installer les différentes sections. Cette brochure contient d'intéressants renseignements sur la statistique; les égouts, les maladies infectieuses et les mesures de prophylaxie générale.

IV. — L'auteur fait une étude historique sur les cabinets d'aisance dans l'antiquité et de nos jours.

V. — L'auteur étudie la rougeole dans l'enfance et insiste sur l'isolement et la désinfection dans cette maladie.

VI. — Les dispositions que renferme l'arrêté ministériel contiennent l'obligation de la vaccination en France. Mais en pratique cette vaccination n'est pas rigoureusement demandée L'auteur prie les syndicats médicaux de France de mettre à l'étude cette grave question qui a trait non seulement à l'hygiène publique et à la prophylaxie de la variole, mais qui, par plus d'un côté, touche aussi aux intérêts professionnels de tous les médecins de campagne.

Martha.

L'épidémie de grippe. — On écrivait de Toulon, il y a quelques jours : La maladie qui sévit à bord de l'*Iphigénie*, batiment école des aspirants, est la *fièvre dengue*. Elle ne présente d'ailleurs aucun caractère de gravité. 10 aspirants, 4 officiers mariniers et 75 matelots, atteints de cette indisposition, ont été conduits à Saint-Mandrier. Les autres aspirants ont été envoyés en permission dans leurs familles, pour permettre de procéder, pendant leur absence, à toutes les mesures d'assainissement qui pourront paraitre nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

L'évolution politique dans les diverses races humaines; par Ch. Letourneau, secrétaire général de la Société d'Anthropologie, professeur à l'Ecole d'Anthropologie. — Vol. XI de la Bibliothèque anthropologique. — *Lecrosnier et Babé*, Paris, 1889.

Ceux qui possèdent déjà l'*Evolution de la morale*, l'*Evolution de la propriété* et l'*Evolution du mariage et de la famille*, du Dr Ch. Letourneau, volumes antérieurement parus dans la Bibliothèque anthropologique, connaissent suffisamment la haute compétence et la vaste science de l'auteur de ce livre pour qu'il soit besoin de leur dire : lisez ce volume, vous y apprendrez beaucoup de choses, de faits, vous y cueillerez des idées neuves et fécondes, vous y rectifierez votre jugement, faussé peut-être par une éducation dite classique ou humanitaire ; vous sentirez la méthode scientifique, froide, impersonnelle, observatrice, analytique tantôt et synthétique, appliquée au jugement des événements qui ont été la manifestation la plus générale, la résultante la plus compréhensive des tendances, des idées, des actions, des progrès de tous les peuples qui peuplent le globe et même de ceux qui ont peuplé le globe aux époques où le langage écrit ne transmettait point encore aux descendants le souvenir de ce qui fut et de ce qui est. Ce livre est écrit par un médecin, par un scientiste. Chaque idée, chaque aperçu d'ensemble, chaque appréciation émise sont marqués de ce cachet particulier et élevé qu'imprime à la pensée l'homme qui connaît l'humanité *dans son animalité* et qui ne cherche pas dans l'atmosphère des nations ce fil de la vierge mystique qui les guide vers le bonheur ou la ruine de par une volonté consciente et indépendante, quand même, de la leur. A l'Anthropologue de l'Ecole transformiste seul il est possible de suivre l'homme au sortir de l'animalité et non à la porte de sortie du paradis, à travers la suite de ses différents états et perfectionnements sociologiques et politiques, d'étudier sans rancune, sans regrets, sans pitié presque les étapes successives : l'anarchie, le clan communautaire, la tribu républicaine d'abord, aristocratique ensuite, puis la monarchie, qui commence par être élective pour devenir héréditaire, enfin ce régime républicain de retour, répudiant de bonne heure la forme monarchique pour préluder à des formes sociales nouvelles, encore cachées dans l'avenir. Certes, un livre d'histoire sociologique où les idées de providence et de droit divin sont disséquées avec autant de méthode exégétique profane sur la table froide de la raison, doit nécessairement sembler pécher par la base même à quelques-uns de ceux qui étudient « l'évolution sociale comme un chapitre d'histoire naturelle » et à plus forte raison à ceux pour qui « l'ère des spéculations creuses » n'est pas close. Pour M. Letourneau, « le sociologiste, digne de ce nom, sait que l'homme ne saurait s'abstraire du règne animal » et que « tout est soumis à l'universelle loi d'un changement... » Aussi son livre débute-t-il par une étude comparative des sociétés animales : famille chez les oiseaux, les mammifères, les fourmis et les abeilles. Il étudie ensuite les origines du gouvernement en commençant par l'anarchie primitive pour arriver graduellement aux petites et aux grandes monarchies barbares ; puis l'évolution politique des Berbères, des Sémites, des Aryens, etc., les phases de l'évolution politique dans la Grèce, dans Rome, chez les Germains, etc. Un chapitre est consacré à la féodalité, un autre à l'évolution de l'impôt chez les diverses races, un autre encore et des plus curieux à la guerre dans tous les pays et chez toutes les races aux différentes époques. Le dernier chapitre résume et condense les précédents pour arriver au *schéma* et à la conclusion ; il traite du passé, du régime parlementaire et de l'avenir politique des sociétés. Nous en recommandons la lecture aux amateurs pacifiques du bon sens.

Et qu'on ne croie pas que ce livre ne soit qu'une étude de sociologie étiologique : il y a aussi de la thérapeutique sociologique, que le lecteur attentif peut mettre en formule ; il n'est pas rare d'y trouver des coups de sonde et de thermocautère de l'esprit. « En 1822, les censeurs (en Chine), tardivement indignés, firent, au sujet de ces abus, des représentations à l'empereur, alléguant que l'on avait vu arriver à prix d'argent au mandarinat la lie de la population : des voleurs de

grand chemin et des bonzes, ce, pendant que 27,000 *Kujins* (licenciés) et 5,000 *Tings* (docteurs) attendaient des places honnêtement conquises, quelquefois depuis trente ans. Sûrement ce sont là des chinoiseries, et l'on aime à croire que rien de semblable n'est possible dans l'Europe civilisée. » G. C.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. — Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*) ; par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

3).—Au fond de la salle se trouve le meuble (*Fig.*55,13) où sont placés les *instruments*. Sur ce sujet, il y aurait des réformes à proposer ; mais rien n'a encore pu être fait, les fabricants d'instruments ne s'étant pas assez imbus des principes de la chirurgie moderne pour la confection des boîtes (2). Du reste, l'emploi constant de la stérilisation des instruments par la chaleur fait que ces réformes ne sont pas absolument indispensables.

4).—De chaque côté de ce meuble se trouvent (*Fig.* 55, 11 et 12) deux tablettes, dont l'une supporte de grands flacons à robinets contenant les *solutions antiseptiques* (acide phénique au 20e et au 40e, acide borique en solution saturée, sublimé à 1/1000). Sur l'autre sont placés une série de bocaux étiquetés contenant : les compresses sèches de gaze à l'acide borique, à l'acide phénique, au salol ou à l'iodoforme, le lin boriqué, l'ouate phéniquée, salolée ou boriquée, le mackintosch, les tampons d'ouate iodoformée, les bandes de tarlatane aseptiques, l'ouate hydrophile, les tampons de ouate aseptique (modèle Terrier) pour éponger pendant les opérations, etc.

Les drains en caoutchouc de diverses dimensions, les fils de soie, le catgut, le crin de Florence sont conservés dans des solutions de sublimé au 1/1000e et renfermés dans des flacons à large ouverture. Ces flacons sont placés sur une étagère qui n'est pas visible sur la photographie ci-jointe, mais qui se trouve au-dessous du bec de gaz X et au-dessus du meuble no 10. Nous indiquerons plus tard comment sont préparées toutes ces substances. Quelques éponges aseptiques existent à l'avance, enveloppées dans du mackintosch, dans la salle d'opérations ; mais les autres sont confiées à la garde de l'interne en pharmacie du service qui les prépare avec le plus grand soin et les conserve aseptiques. Tous les bocaux qui ne contiennent pas de liquides sont fermés avec des couvercles en fer-blanc, au fond desquels a été placée une couche assez épaisse d'ouate aseptique pour assurer une fermeture telle que l'air n'y pénètre que filtré, et, comme les flacons remplis des liquides antiseptiques, sont étiquetés; ces derniers sont obturés à l'aide d'un bouchon en verre, fermant à l'émeri qu'il faut enlever pour laisser couler le liquide ; ou bien par un bouchon de caoutchouc perforé, dont le trou est rempli par un petit tube en verre, plein d'ouate aseptique.

5).— Au milieu de la salle d'opérations (*Fig.* 55) se trouve une *table ordinaire* (5), le *lit d'opération* (6), d'ailleurs des plus simples, et une *petite table* pour mettre les instruments, construite sur le modèle de celle de MM. Berger, Lucas-Championnière (7). Elle est tout en fer nickelé, très légère, et supporte 4 petites cuvettes de diverses grandeurs, à parois nickelées ; les deux plus grandes sont destinées aux instruments, les deux autres aux fils de soie ou au catgut, qui trempent dans une solution phéniquée. Le chirurgien a cette table près de lui pendant l'opération; il y prend lui-même ses instruments ou les fait prendre par l'aide de confiance; mais personne autre n'y touche.

6).— Il nous reste, pour en avoir fini avec la description de la salle d'opérations, à parler de l'appareil qui sert à stériliser les instruments. On en trouvera la description complète dans un article de son inventeur, publié par la *Revue de chirurgie*, no 8, p. 669, 1888 (3). C'est notre ami, M. le Dr Poupinel, qui a lui-même installé les deux appareils de son invention qui fonctionnent à l'hôpital Bichat et qui les a fait monter de la même manière dans les deux salles d'opérations. Le stérilisateur du Dr Poupinel est placé dans cet hôpital sur une tablette qui supporte en même temps un fourneau à gaz ordinaire et qui se trouve dans le vestibule de la salle d'opérations. C'est une sorte de caisse en cuivre rouge, à double paroi, muni d'un thermomètre et d'un régulateur automatique à mercure. Il est construit de telle sorte qu'il utilise au maximum la chaleur produite.



Fig. 55.— Salle d'opérations des hommes de l'hôpipal Bichat (côté est). Partie où l'on opère. —1, brancard destiné à transporter le malade ; — 2, table pour préparer les matériaux de pansement ; — 5, table destinée à recevoir, pendant une opération, les cuvettes stérilisées à l'eau bouillante phéniquée, contenant les tampons, les compresses phéniquées, les instruments du chloroformisateur, etc.; — 6, lit d'opérations ; — 7, table en fer nickelé pour les instruments, les fils à ligature, etc.; — 10, meuble pour les matériaux grossiers non stérilisés qui servent de pansements, les instruments non stérilisables, etc. ; — 11, tablette supportant les solutions antiseptiques ; — 12, tablette avec bocaux contenant les matériaux de pansement en contact avec la plaie ; — 13, armoire pour les instruments ; — X'', X''', tuyaux à gaz pour l'éclairage ; — N, fenêtre du côté du nord.

Les instruments, pour être ainsi stérilisés par la chaleur sèche, doivent être *entièrement métalliques et sans soudures, bien nickelés* (1). On les soumet pendant 3/4 d'heure environ à une température de 180°. Comme il faut 1/4 d'heure pour que l'étuve atteigne cette température, les instruments y séjournent une heure. Puis on les laisse refroidir sans y toucher. Les instruments sont placés dans une grande boîte de cuivre qui se ferme à l'aide d'un couvercle et d'une couche d'ouate stérilisée. Les instruments ainsi stérilisés peuvent être conservés longtemps intacts, emportés en voyage, etc. La surveillance de l'appareil est nulle. Quand le robinet du régulateur fonctionne bien, on n'a à s'occuper de rien. Les instruments tranchants et piquants peuvent être placés dans une autre boîte spécialement aménagée. On stérilise de la même manière les *fils d'argent*, placés dans des tubes en verre, les *épingles* destinées à fixer les drains dans les plaies, etc. Les aiguilles et les bistouris peuvent être aussi stérilisés dans des tubes de verre épais, pour que le tranchant s'altère moins. L'appareil est isolé sur son support en bois à l'aide d'une plaque de verre épais et dépoli, reposant sur une lamelle de feutre épais ou directement sur le support en bois.

Bientôt il y aura dans le service un *autoclave* pour stériliser les compresses ourlées et divers matériaux de pansements.

II. — La *salle d'opérations des femmes*, celle où se pratiquaient jadis toutes les laparotomies, était construite iden-

(1) Voir *Progrès médical*, no 5 et 7 ; consultez les figures qui s'y trouvent.

(2) Ceci n'est plus exact à l'heure actuelle, car nos fabricants peuvent fournir depuis 1889 des boîtes très bien comprises.

(3) Voyez aussi, in *Progrès médical*, no 8, 23 février 1889, page 140, le dessin de cet appareil.

(1) Voir à ce sujet : Baudouin (Marcel). *Guide médical à l'Exposition universelle de* 1889 (1er fascicule: *Instruments de Chirurgie*). Bureaux du *Progrès médical*.

tiquement sur le même modèle que celle des hommes; mais elle ne possédait pas de châssis vitré dans le toit et ne renfermait ni le meuble où l'on range les instruments, ni les tablettes qui supportent les flacons et les bocaux. Par contre, on y trouvait un lit où séjournait l'opérée pendant les 4 ou 5 jours qui suivaient la laparotomie. — Des garde-malades spéciales veillaient l'opérée dans cette salle elle-même. Nous n'insistons pas davantage, car sous peu cette installation, complètement modifiée, devra être spécialement décrite. M. Terrier a fait construire en son lieu et place une nouvelle salle d'opérations, avec plusieurs chambres d'isolement pour les opérées, et une chambre pour l'anesthésie, grâce à une subvention récente du Conseil municipal.

N. B.— Nous ne donnons point comme modèle la salle d'opérations des hommes de l'hôpital Bichat; il y a bien des imperfections, mais nous pouvons dire, sans rien exagérer, qu'elle peut parfaitement suffire. Elle a tout au moins l'immense avantage de n'avoir pas coûté des sommes considérables, comme certaines salles récemment construites dans d'autres hôpitaux à Paris, et grâce à un bon entretien on peut la maintenir facilement aseptique. Elle n'est point comparable surtout à l'installation luxueuse et fort coûteuse de M. le Pr Poncet (de Lyon) (1) Mais le personnel compense ici ce que la construction a de défectueux; il est vrai que l'Administration ne s'en doute guère! Cette salle est au moins une fois par semaine nettoyée à grande eau, de même que les salles de malades. Ces dernières sont très bien disposées pour permettre un tel nettoyage, en raison de la constitution de leur sol. Bien entendu, les lits en fer n'ont pas de rideaux et la plus grande propreté est recommandée aux surveillantes, parfaitement convaincues d'ailleurs de l'importance des moindres précautions.

Il est bien certain que, pour un service de l'importance de celui de Bichat, il faudrait au moins deux salles d opérations et une chambre pour l'anesthésie; l une des salles devrait être réservée exclusivement aux opérations pratiquées sur des malades suppurants ou infectés. Il est non moins évident que la salle des hommes devrait comprendre deux parties bien distinctes, sans communication directe de l'une avec l'autre: la première, destinée aux infectés, serait pourvue de tout un matériel spécial; il ne devrait pas y avoir de communication, autant que possible du moins, avec celle où ne seraient admis que des malades aseptiques, si l'on peut parler ainsi, à opérer ou déjà opérés. Mais les doctrines chirurgicales modernes ne sont pas encore monnaie assez courante en France et même à Paris, pour que les chirurgiens *dits antiseptiques* puissent voir de si tôt leurs souhaits complètement réalisés au point de vue de l'agencement des services hospitaliers. Cependant, à Bichat, grâce à de minutieuses précautions de la part du chirurgien, des aides et du personnel subalterne, on obtient, malgré le mélange de tous les malades quels qu'ils soient dans des salles communes, de fort beaux résultats, comme nos lecteurs ont pu s'en rendre compte, en consultant les statistiques du service de chirurgie de l'hôpital Bichat publiés dans ce journal (2). Ici donc, l'antisepsie vient fortement en aide à l'asepsie, et voilà une bonne preuve de ce que l'antisepsie proprement dite peut faire à elle seule. (*A suivre*).

(1) Poncet. — *Nouvelle salle d'opérations de l'Hôtel-Dieu de Lyon*; in *Province médicale*, 16 mars 1889 et *Bulletin médical*, mars 1889.
(2) Voyez *Progrès médical*, 1888, 1889.

LE FEU AU PRESBYTERIAN HOSPITAL A NEW-YORK. — Le *Medical News*, de Philadelphie, nous apprend qu'il y a eu le feu au Presbyterian Hospital et que les malades ont pu être sauvés. Une très vieille femme est morte depuis; sa mort a bien pu être avancée par l'accident. Le feu a pris dans l'aile Nord de l'hôpital, les dégâts, d'après l'estimation, s'élèvent à 500.000 fr. On dit que la machine à eau n'a pu marcher et qu'on ne pouvait pas avoir d'eau dans les tuyaux dont les salles sont pourvues. Si l'hôpital avait été plus encombré qu'il n'était, et que le feu ait pris plus tard dans la nuit, sans aucun doute on aurait eu à déplorer plusieurs morts. La conclusion que l'on peut tirer de cet accident est que les établissements publics devraient veiller avec plus de soin à l'état de leurs appareils à incendie et prendre toutes les précautions d'usage.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

II. — LES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES (*suite*) (1).

I. — AILE DROITE.

Collections de l'Extrême-Orient. — Traditions populaires.

Après avoir traversé la passerelle qui nous ramène vers le milieu du palais, nous trouvons de suite un envoi de l'Université japonaise de Tokyau que présente M. Ary Renan. Nous y voyons, à défaut des objets mêmes, des tableaux représentant le contenu des anciens tombeaux : objets en métal et pierres précieuses, cercueils en pierre; la disposition des grottes de Yosimi-mura, entre autres, qui rappelle celle des grottes du Pérou; d'anciennes idoles en terre; des objets préhistoriques, tels que silex, haches, pointes de flèche, qui nous prouvent que les ancêtres des Japonais et les nôtres combattaient avec les mêmes armes et que les Bange et les Krupp du silex n'avaient pas de patrie. On y voit encore des tatouages de bras des femmes Aïnos, et M. Macey nous montre ceux du corps des indigènes du Siam, Pégou, Laos avec des tableaux de l'art du dessin chez les mêmes. M. Laglaise expose un trophée de Papouasie, et M. Fernand Faure des instruments de musique du Siam et du Laos. Dans une vitrine, Mmes F. Bouteloup, Léon Donnat, Jeanne Payin et M. Deloncle nous montrent des collections de l'Extrême-Orient, des ex-voto des autels de Bouddha, des objets se rapportant à la fabrication des monnaies, de la poterie, de l'étain dans le Yunnan, puis les éléments de ce fameux jeu des trente-six bêtes qui intéresse si fort le peuple comme le loto les Italiens, et, sans doute aussi, le coffre-fort du roi siamois. A gauche, les chinoiseries et les japonneries, merveilleuses parfois, mais connues pour la plupart, ce qui nous engage à continuer à droite, où la Société des traditions populaires nous montre d'abord, de MM. Topinard et Risley, une collection bariolée d'images populaires du Bengale. Sans doute que l'artiste populaire a tenu compte de la pudeur anglaise si différente de l'hindoue. Dans une vitrine le prince Roland Bonaparte expose une collection de dieux de la Guinée hollandaise et du pain de Thiers (Auvergne), pain bizarrement formé, souvent le dieu du pauvre.

M. P. Sebillot a collectionné des joujoux populaires et nous montre des spécimens d'imagerie de cabaret. MM. A. de Mortillet et Liomel Bonnemère exposent ici une partie de leurs belles collections d'amulettes, médailles, etc., et M. Certeux des ornements populaires de l'Orient. Très curieuse, cette *Histoire suastika* de M. M. Zmigrodzki, étudiant l'élément « femme » et « mère » chez les peuplades d'origine aryenne à travers les principales phases de la civilisation occidentale. A la vue de ce travail de patience laborieuse, on acquiert la conviction que la clef du mysticisme d'un signe devient celle d'une foule de découvertes archéologiques dans les traditions.

II. — CARRÉ SUPÉRIEUR NORD.

(*Anthropologie comparée. — Histoire de l'Anthropologie*).

Le carré de galerie, occupant l'angle à la droite du Bouddha, contient, dans une première vitrine haute, de M. le Dr Maurel, les crânes et squelettes d'un Indien Galibi et d'une Aracouyenne (Amérique Sud); ensuite la très belle collection italienne Bellucci-Pérouse d'amulettes et de « gris-gris » européens. Il y a là des pointes de silex, de flèches, des haches, mêmes préhistoriques soigneusement enchâssées, que leur propriétaire estimait à l'égal de ces « pierres de la foudre » que les nègres d'aujourd'hui vénèrent tant; puis des dents d'animaux, des sachets, coquillages, poissons, branches de corail, fragment de coralliaires et autres pierres « cocasses », dont les qualités ont fait et font encore en beaucoup d'endroits une concurrence si déloyale à la médecine.

Dans une deuxième vitrine, M. Maurel, médecin de la marine, expose un crâne de Birman, huit crânes de Khmer décapités, du Cambodge; M. le Dr Bertholon nous montre les types crâniens de la Tunisie avec un crâne déformé, ainsi que des photographies de l'habitation berbère, entre autres un curieux village de Troglodytes dont les habitacles sont disposés pour les vivants

(1) V. *Pr. méd.*, n° 21, tous les s uivants de 1889 et n° 1, 4, 5 7 et 8 1890.

comme ailleurs les tombes le sont pour les morts. En bas, dans la même vitrine, on voit le contenu d'une sépulture de Néo-Calédonien qu'expose M. Moriceau. A côté, une carte de répartition de l'indice céphalique en Norvège, par le Dr Arbo, médecin de brigade. Cette carte nous montre, avec l'indication des limites, la répartition des trois types principaux : brachy — méso — et dolichocéphales.

M. E. Cartailhac a rapporté ici de sa mission fructueuse aux îles Baléares des vues et des plans très nets des monuments primitifs que les habitants de ces îles ont érigés de 1000-2000 ans A. C.; sa belle collection de photographies aux missions scientifiques est à voir également. Le Dr Bertholon complète son exposition anthropologique de la Tunisie par des modèles réduits des monuments mégalithiques de cette contrée et illustre son histoire du peuplement de la Tunisie par des photographies de types selon les caractères crâniens. Il distingue l'élément préaryen et aryen, les éléments méditerranéen et sémitique. M. C. Violet de Lesvans a envoyé des modèles réduits des monuments mégalithiques de l'Ardèche.

Une vitrine longue, de M. E. Cartailhac, contient une série de volumes curieux et rares de l'ancienne bibliographie de l'anthropologie préhistorique. Enfin M. le professeur Cope, de Philadelphie, expose un moulage de *Phenacodus primaevus* de l'éocène inférieur américain. L'étiquette : « l'ancêtre commun, d'après Cope, des Mammifères à sabots, des singes et de l'homme », s'est attirée, de la part d'un visiteur sceptique, ou incrédule peut-être, trois signes d'exclamation.

III. — GALERIE LONGUE TRANSVERSE.

(*Anthropométrie. — Statistique anthropologique. — Photographies de types de races et Photographies composites*).

A. — Côté Ouest.

Passant maintenant à gauche, dans la galerie longue, dont la balustrade est garnie de beaux bustes moulés par M. Tramond sur des types divers, nous trouvons, au bout supérieur, une collection de photographies de M. Fischer (Moscou et Orenbourg) représentant des types ethniques de la Russie d'Asie : Bachkires, Kirghizes, Khiviens, Boukhares, etc. La qualification de Khivien ou Bokhare est insuffisante au point de vue anthropologique et devrait être complétée par celle de Sarte, Tadjyk ou Ouzbeg. Dans la vitrine haute qui est à côté, M. Francis Galton, directeur de l'antropometric-laboratory de Londres, a exposé des vues et feuilles des observations de son service, intéressant à comparer au nôtre, ainsi qu'une série d'instruments très ingénieux de physiologie anthropométrique et expérimentale. Citons l'instrument pour mesurer l'aptitude à partager une ligne en deux parties égales ; un autre pour mesurer l'aptitude à élever une perpendiculaire ; pour mesurer le sens musculaire ou les différences d'application des poids ; pour la mesure du temps qui s'écoule entre une impression visuelle et auditive et la réaction voulue ; pour mesurer l'acuité visuelle; un spiromètre; un dynamomètre à main et un autre à bras. On y voit encore des photographies composites de phtisiques et de crânes, photographies dites « galtoniennes ».

Le Dr Billings, du War department, Army médical Muséum de Washington, expose également des photographies composites de crânes et des reproductions d'appareils. Sous le titre d'Aryens de l'Inde, M. Risley, directeur du service ethnographique du Bengale envoie une série de photographies des majestueux Radjahs de l'Inde, bizarrement barbus et coiffés en dépit de Samson, car ils sont médiatisés.

Saluons le portrait de Paul Broca.

Puis d'autres instruments anthropométriques : une toise de M. Colas pour prendre la taille et la grande envergure, une autre pour la hauteur, assis. M. Deniker expose sa laborieuse et belle carte ethnographique de l'Asie, son essai d'une classification des races humaines et le schéma des affinités naturelles de ces races. MM. Komaroff, Seidlitz, Chantre ont collaboré à une carte ethnologique du Caucase. M. Deniker montre une photographie de jeune Gorille et M. A. Boissoneau des types de couleurs d'yeux des races humaines. Le colonel Duhousset expose ses canons anthropométrique et hippique. Les tableaux du Dr Lagneau représentent : le schéma de la mortalité des soldats et marins français en proportions annuelles des décès sur 1,000 individus; la diminution du nombre des mariés de chaque génération successive, la natalité étant en moyenne de 3 enfants par ménage. M. Roulot expose un chromatoptomètre enregisteur et un périmètre enregisteur du Dr Gillet de Grandmont. De M. Laponge on voit un tableau représentant l'abondance des éléments aryens, un autre la proportion des hommes supérieurs en Europe et un troisième la corrélation du croisement et de la dépopulation en France.

Voici les beaux appareils de mensuration de M. G. Demeny : un thoracomètre donnant les sections horizontales du thorax avec, en face de l'appareil, les sections obtenues d'un thorax d'adulte en inspiration et en expiration ; les formes variées obtenues d'un enfant, d'un homme, d'une jeune fille; la coupe verticale du thorax en expiration et inspiration forcées. Puis encore un appareil inscripteur donnant en vraie grandeur les sections verticales du corps. La vitrine en face contient : des modèles stéréométriques d'un crâne par le Dr Mies; des appareils de mensuration des os longs; le stéréographe Broca de M. Molteni; un appareil de cubage du Pr Rank, de Munick; un autre du Pr Benedikt, de Vienne, ainsi que des instruments craniométriques divers. Le crâne de Charlotte Corday arrête, pour quelques instants, les simples curieux, davantage les anthropologues qui remarquent également les crânes lapons que le prince Roland Bonaparte expose de son voyage de 1883, ainsi que le buste et le squelette d'Hindoue un peu haut placés.

En face de cette vitrine se trouve le tachéo-anthropomètre inventé par M. Luigi Anfosso pour la mesure rapide de l'homme et, à côté, une partie de l'exposition du Dr Schaffhausen, de Bonn. Il y a là des photographies d'objets préhistoriques trouvés à Andernach, Wallendar, Moselweiss, des photographies du cerveau de Schumann, du crâne de Beethoven, de Raphaël, etc.; des dessins morphologiques de singes anthropoïdes, de la calotte de Néanderthal; enfin, un dessin hypothétique du *Homo neanderthalensis*, physionomie reconstituée avec la courbe classique connue du frontal, le prognathisme anthropoïde et le revêtement pileux de transition de la face. (*A suivre*). Guillaume CAPUS.

VARIA

Académie royale de médecine de Belgique (*Prix*).

Programme des concours. — 1889-1890. — Déterminer par de nouvelles recherches le mode de formation des globules rouges et blancs du sang. — *Prix* : 500 *francs. Clôture du concours : 15 décembre* 1890.

1890-1891. — Elucider la nature et l'étiologie du cancérisme ; indiquer les mesures prophylactiques de cet état pathologique.— *Prix : 500 francs. Clôture du concours : 1er février* 1891. — Elucider les causes du développement de l'angine diphtérique en Belgique et indiquer les mesures prophylactiques propres à l'enrayer.—*Prix*: 500 *francs Clôture du concours*: 1er *février* 1891.

Prix fondé par un anonyme. — « Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie ». — *Prix* : 1,500 *francs. Clôture du concours* : 1er *février* 1891. Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 1,500 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Prix fondé par le Dr da Costa Alvarenga. — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » — *Prix : 750 francs. Clôture du concours* : 1er *février* 1891.

Conditions des concours. — Les membres titulaires et les

membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours. Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Sont exclus des concours : 1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant. L'Académe exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique. Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail au secrétariat de l'Académie. L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

Circulaire relative aux Examens de Doctorat dans les Ecoles de plein exercice et préparatoire de Médecine et de Pharmacie.

« Monsieur le Recteur, aux termes des décrets du 1er août 1883, relatifs aux Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, les étudiants, ajournés dans ces Ecoles aux examens de doctorat, peuvent se représenter aux examens devant une Faculté, à l'expiration du délai d'ajournement. On s'est demandé si l'étudiant ajourné devait nécessairement subir de nouveau l'examen devant la Faculté qui a fourni le jury siégeant dans l'Ecole de plein exercice ou dans l'Ecole préparatoire. L'affirmative n'est pas douteuse. En effet, les décrets de 1883 donnent, aux étudiants des Ecoles de plein exercice et préparatoires, le droit d'opter entre deux systèmes : le premier consiste à subir l'examen, à l'Ecole, devant un jury de Faculté ; le second, à se rendre dans une Faculté pour y subir l'examen, suivant la règle commune précédemment établie. Or, l'étudiant qui a opté pour ce dernier mode et qui a été ajourné, ne peut renouveler son examen que devant la même Faculté, sauf décision contraire du Conseil de cette Faculté. (Décret des 30 juillet 1883 et 28 décembre 1885). D'autre part, l'étudiant qui a préféré subir son examen à l'Ecole, devant un jury de Faculté, n'a pas, moins que l'autre, choisi la Faculté devant laquelle il désirait subir l'épreuve ; il est évident que, par ce fait même, il tombe sous l'application de la règle commune et qu'il ne peut réparer son échec que devant la Faculté qui l'a ajourné. Maintenant on se demande qui, de la Faculté ou de l'Ecole dans laquelle l'étudiant a pris ses instructions, a le droit d'accorder ou de refuser le changement de Faculté ? Je n'hésite pas à décider que c'est le Conseil de Faculté et non celui de l'Ecole. C'est la Faculté, en effet, qui a fait subir l'examen ; elle seule est en cause, et seule elle est juge de la question de savoir si elle entend astreindre l'étudiant à renouveler son examen devant elle. — Pour être complètement renseignée sur la scolarité et la situation de famille de l'étudiant, elle demandera, à l'Ecole, communication du dossier de cet étudiant. Je vous prie de faire connaître ces instructions à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de votre ressort académique et d'en assurer l'exécution. »

L'Industrie des nourrices et l'élevage humain dans le Morvan.

Nous extrayons de très intéressantes lettres, publiées par le *Temps* à l'occasion d'un voyage à la découverte dans le centre de la France, les quelques lignes ci-dessous qui se rapportent à *l'élevage humain dans le Morvan*. Nous pensons que ces détails, pris sur le vif et dus à une plume alerte et fine, seront aussi agréables à lire qu'ils sont navrants à constater. Il y a longtemps que nous avions l'intention d'en parler ici; aussi nous nous empressons de céder la parole à notre confrère. On n'aura pas perdu au change. M. B.

L'élevage humain est la grande industrie du Morvan, plus encore peut-être que l'exploitation et le flottage des bois. De tout temps, les Morvandelles ont eu la réputation d'excellentes nourrices. C'est dans la race. Même chez les jeunes filles presque bourgeoises des petites villes et des bourgs, on trouve l'allure massive qu'aura plus tard la matrone. Il semble que, par un phénomène d'atavisme, la souche ait été marquée ainsi. Avant les chemins de fer, les Morvandelles étaient déjà recherchées à Paris. Mais la grande ville était loin, tout le monde ne pouvait aller dans le Morvan, les femmes du pays ne se déplaçaient guère. Les voies ferrées ont été construites vers Montbard, vers Auxerre, vers le Creusot et, soudain, un mouvement d'émigration formidable s'est produit. Les récits des femmes revenues de Paris ont frappé les imaginations ; toutes ont voulu aller là-bas; pour satisfaire cette passion, la dépravation est devenue la règle. Il vint un moment où, dans les villages, il n'y eut de femmes que les très vieilles, les très jeunes ou celles que des tares physiques empêchaient de trouver place à Paris ; encore celles-ci eurent-elles bientôt des nourrissons amenés dans le pays par les nourrices revenant de Paris ou par les meneurs et meneuses d'enfants. Pendant ce temps, les maris passaient leurs journées au cabaret; quelques-uns louant leurs terres à vil prix, se rendaient en Picardie comme travailleurs agricoles, ou en Bresse pour recouvrir les toits de chaume ; mais c'était la minorité On devine ce que put devenir ce malheureux pays. Le sens moral disparut ; bientôt le Morvan, vaste garderie d'enfants parisiens, présenta la plus honteuse exploitation humaine qu'on ait jamais vue. L'industrie des meneurs et des meneuses s'étendit. Toutes les nourrices ramenaient de Paris un, deux ou trois enfants racolés dans leur quartier. Ces enfants, épuisés par le voyage, par la nourriture au petit pot, par le manque de soins, mouraient comme des mouches ; la mortalité atteignit 75 ou 80 0/0.

Cette situation ne frappait personne. Un médecin de Montsauche, M. le Dr Monot, l'avait en vain signalée au Conseil général de la Nièvre; ses révélations lui valurent une sortie violente dans un rapport de M. Delangle, plus tard garde des sceaux. M. Monot s'adressa à l'Académie de médecine. Son mémoire, que j'ai sous les yeux, fut lu en septembre 1865, après être resté trois ans dans les cartons. Il produisit dans tout le pays une émotion profonde. Il contient des faits monstrueux. Je n'en prendrai que ce qui est nécessaire pour faire comprendre la portée de l'œuvre de régénération. En 1861, dans le seul canton de Montsauche, 2,884 femmes avaient accouché ; 1,897 étaient parties pour Paris comme nourrices. Celles qui restaient devenaient en partie éleveuses de « petits Paris ». Dans une seule commune, Montreuillon, huit enfants succombaient, en huit jours, par les fatigues du voyage. Quant aux nourrices parties pour Paris, elles laissaient leurs propres enfants aux soins de voisins ou de grands-parents. En sept ans, dans ce canton, 449 d'entre eux périssaient faute de soins. M. Monot entrait dans des détails répugnants Je les résumerai en un mot : les filles-mères trouvaient presque seules à se marier, car on était sûr qu'elles pourraient aller à Paris !

Ces révélations furent le point de départ d'une législation qui s'est faite par à-coups et a successivement protégé les enfants en nourrice, les enfants assistés et les enfants moralement abandonnés. Depuis cette époque, depuis que le service des enfants assistés dans la Nièvre est confié à un fonctionnaire actif, M. Sourd, la mortalité est descendue bien au-dessous de la proportion du reste de la France, qui est de 15 à 16 0/0. Et le dernier mot n'est pas dit. Mais l'institution de l'élevage — je ne trouve pas d'autre mot : le Nivernois, plus brutal, appelle bien la Morvandelle « vache à lait » — en se développant, en se moralisant, n'a rien enlevé à la dépravation. Comme par le passé, les filles-mères trouvent des maris plus facilement que les autres. Les maris ferment les yeux sur bien des écarts quand ils ne les encouragent pas. C'est que la nourrice, payée 50, 80, 100 fr. par mois, rapporte de son séjour à Paris un petit capital, douze à dix-huit cents francs. Si elle fait deux ou trois séjours, ce qui est la généralité des cas, c'est trois, cinq, sept mille francs même qu'elle peut rapporter. Avec le premier apport on fait construire un commencement de maison ; on achève avec le second ; on meuble avec le troisième. La nourrice, habituée au confort parisien, tient à s'entourer de bien-être. Beaucoup, de retour d'un premier voyage, comparant leur chambre de Paris avec la chaumière du Morvan, la nourriture abondante et variée avec la bouillie de sarrasin et les pommes de terre cuites à l'eau, ont voulu retourner dans la grande ville et y acquérir un peu de ce bien-être qu'elles regrettaient. C'est pourquoi on est tout surpris de trouver, dans des gorges presque inaccessibles, des maisons neuves, meublées avec soin, où l'on « offre la goutte » aux amis, vermout ou chartreuse, comme chez le marchand de vin de Paris ; c'est pourquoi la viande, jadis inconnue, paraît souvent une fois par semaine, et pourquoi le porc, autrefois soigneusement ménagé, est entré dans l'alimentation quotidienne de beaucoup de Morvandiaux. Malgré tout, ce coté de l'élevage humain a un caractère assez répugnant. Plus réconfortants sont les résultats obtenus par la législation actuelle. Ici, je ne parle pas seulement du Morvan, mais de la Nièvre tout entière, où l'élevage est répandu partout. Jadis, la mortalité était de 16 0/0 sur les nourrissons originaires du pays, de 33 0/0 sur les enfants assistés et de 65 à 70 0/0 pour les nourrissons élevés dans le Morvan et appartenant à des familles parisiennes. Il y a vingt ans de cela ! Ces enfants conduits, comme des colis, de Paris à Montbard, mis ensuite dans des voitures ouvertes, nourris au petit pot,— les familles ne se doutaient guère qu'il

n'y avait pas de nourrices au sens propre du mot, — couchés dans des boites infectes, sur des lits de plume ayant déjà servi à nombre de petits martyrs, succombaient dès les premiers jours. On a créé la surveillance des enfants assistés, puis la surveillance a été étendue aux « petits Paris » en même temps qu'aux nourrissons de la Nièvre. Ce dernier département a compris la lourde responsabilité qui lui incombait. Son organisation de surveillance est parfaite Visite des médecins et des inspecteurs, hospitalisation, instruction, mise en apprentissage tout a été organisé avec une ampleur remarquable. Les charges atteignent près de 120,000 fr. par an. La Seine possède plus de 1,600 enfants assistés dans la Nièvre, pour lesquels elle paye 18 fr. par mois, plus des primes de bonne tenue et l'habillement : la *vêture*. Pendant l'année 1888, les registres tenus par l'inspection ont contenu les noms de 3,847 enfants en nourrice ; si l'on ajoute les enfants assistés de la Nièvre et de la Seine, le chiffre a été de 5,204 ; au 31 décembre il en restait 3,259. Sur les 3,847 enfants protégés, 2,024 appartenaient à la Nièvre, 1,623 à la Seine. Ces 1,623 sont ce que l'on appelle les « petits Paris ». Le département est divisé en trente-trois circonscriptions ayant à leur tête un médecin. Ces médecins visitent régulièrement les jeunes enfants, veillent au maintien de l'hygiène, proposent pour des récompenses les nourrices qui ont témoigné le plus de soins et d'affection. Grâce à ces mesures, c'est-à-dire à la loi Roussel, la proportion des décès est tombée à 6,29 0/0. Sur 3,847 enfants, il y a eu 242 décès, dont 72 pendant le premier mois. 957 enfants ont été nourris au sein, 2,301 au biberon, 589 ont été sevrés. L'élevage au biberon est encore défectueux, la mortalité est double, mais, peu à peu, les nourrices apprennent à tenir cet appareil en état de propreté et l'on voit diminuer la mortalité. Certaines communes ont un nombre d'enfants en nourrice très considérable. Montsauche en a 98 ; Ouroux, 120 ; Villapourçon, 128 ; Marigny-l'Eglise, 116 ; Dun-les Places. 121. Ce sont toutes communes morvandelles. On comprend quelles sommes considérables sont, chaque année, répandues dans le pays.

Les médecins ne sont pas arrivés sans peine à obtenir des soins. Il fallait rompre avec les vieilles coutumes. Ainsi les nourrices ne voulaient pas enlever les croûtes sur la tête des enfants, sous prétexte qu'ils deviendraient idiots et que « ça leur tombe sur la poitrine » ; elles entendaient ne faire vacciner qu'au mois de mai. Aujourd'hui, cela disparait; toutes les prescriptions médicales seraient rigoureusement observées si les sages-femmes n'entretenaient pas l'idée qu'il faut vacciner vers la Pentecôte. L'attachement des familles nourricières pour les enfants est très grand. Il n'est pas rare de voir conserver et élever les enfants abandonnés par leurs parents. Dans les récompenses données l'an dernier, je note une veuve Donguy, qui élève un enfant dont le salaire n'est pas payé ; de même la femme Taupin, de Saint-Parize-le-Châtel ; la femme Chamonard, de Premery, Mme Chabin, d'Entrains, a élevé quinze enfants, etc. Un cantonnier de la Roche-Millay avait un enfant dont la pension n'était pas payée ; on signala le cas à l'inspecteur, on voulut mettre l'enfant à l'hospice ; le brave homme refusa et s'offrit à l'élever ; il a déjà cinq enfants. Cette affection pour les nourrissons, presque générale aujourd'hui, est due à la surveillance médicale. Jadis, on voyait, dans la mort de l'enfant, un moyen d'exploiter une autre famille. Aujourd'hui, on s'attache à l'enfant en raison même des peines qu'il a coûtées. C'est surtout pour les enfants assistés de la Seine qu'on rencontre cette sorte d'adoption. Ils finissent par prendre place dans la famille au même titre que les fils et les filles. On me citait une jeune fille de dix-neuf ans, qui a les clefs des armoires, à qui l'on doit tout demander. Si ses frères de lait veulent de l'argent pour aller au café le dimanche, il faut s'adresser à elle ; elle a les cordons de la bourse. Les jeunes garçons, une fois au service militaire, n'ont qu'une idée : revoir le Morvan. Beaucoup s'y marient. Grâce à la prévoyance de l'Assistance publique qui leur a assuré un petit pécule par la Caisse d'épargne pendant leur apprentissage dans les fermes, ils peuvent entreprendre des travaux à leur compte. On en cite qui sont devenus de gros fermiers. Il se passe alors un phénomène digne d'attention. Le Morvan perd la pureté de sa race. L'enfant assisté, n'ayant, quand il vient là, aucun bien au soleil, aucune famille connue, se plie aux nécessités de l'existence. Bouvier, bûcheron, domestique de ferme, il accepte tout avec un salaire minime. Le Morvandiau, au contraire, qui avait un bout de terre, ne peut s'astreindre à ces travaux peu payés qu'il compare aux gains faciles de l'émigrant. Il émigre, il envoie sa femme nourrice à Paris, elle lui procure un emploi, ils se fixent là-bas. C'est ainsi que le Morvan perd cette race d'hommes petits et lourds, auxquels les yeux d'une fixité morne le collier de barbe noire encadrant les joues et le menton dégarni, donnent une si singulière apparence. Si les enfants assistés continuent à rester dans le pays, il y aura là une race nouvelle plus active plus intelligente, qui saura transformer les conditions économiques de la contrée. La Nièvre n'étend pas seulement la surveillance à ses enfants assistés et aux enfants en nourrice. Les filles-mères, qui ne peuvent élever leurs enfants, reçoivent des secours Aussi le chiffre des infanticides, faible d'ailleurs, tend-il à décroître. D'autre part, les secours sont étendus aux pauvres familles pour les enfants légitimes. Il est à remarquer que, dans ces catégories d'enfants, la mortalité est inférieure à celle des enfants assistés ou en nourrice. Cela tient à ce que les dix-neuf vingtièmes sont élevés au sein. Le département ne borne pas là ses tentatives de relèvement, la prime de légitimation donnée aux filles-mères qui se marient a été élevée de 50 à 100 francs. Grâce à cette prime, nombre d'enfants sont reconnus et ont un état civil régulier. En résumé, l'exploitation infantile s'est améliorée. La mortalité des enfants en nourrice, jadis quatre ou cinq fois supérieure à celle du reste de la France, est tombée bien au-dessous de la moyenne. Des mœurs nouvelles et le bien-être font place à la sauvagerie du passé. Il ne reste que la dépravation causée par l'idée fixe d'aller comme nourrice à Paris et par l'exploitation maritale, parfois paternelle, de ce désir. Sous ce rapport, le mal est encore très grand, les habitudes prises par les nourrices au milieu de la domesticité parisienne ne sont pas faites pour l'enrayer. Le désir, fort louable d'ailleurs, de posséder en Morvan une maison confortable, sur une propriété bien à soi, ne saurait masquer le mal. C'est aux enfants assistés, aux orphelins, aux abandonnés de la grande ville qu'on devra de voir disparaître ces mœurs honteuses. Ceux-là ont peu l'idée de revoir Paris, ils font souche de travailleurs robustes, attachés au sol qui les vit grandir. On dirait, en eux, la conscience confuse qu'ils doivent la vie et une existence moins troublée à l air vif des monts, à la forêt sans fin, aux maigres champs de seigle et de sarrasin arrachés à la terre de granit. Ceux-là transformeront le sol par les assolements et les amendements, créeront des industries, et, par leur exemple, prouveront qu'il n'est pas nécessaire d'aller chercher à Paris la prospérité qu'on peut trouver au village.

Société pour la propagation de la Crémation.

(*Assemblée générale.*)

Samedi dernier, 22 février, a eu lieu la séance générale annuelle de la *Société pour la propagation de la Crémation*, présidée par M. Bourneville, assisté de M. G. Salomon, secrétaire général, qui a commencé par rendre hommage aux morts de la Société dont quatre ont été incinérés au Père-Lachaise. M. Salomon fait ensuite part de la démission de M. Kœchlin comme président et de son remplacement par M. Bourneville, qui a été l'instigateur du monument du Père-Lachaise. M. Fréderic Passy est nommé vice-président.

M. Bourneville remercie la Société de l'honneur qui lui est fait et propose, au nom du Comité, de nommer M. Kœehlin président honoraire. Puis il rappelle que le but principal de la Société, qui était d'obtenir la faculté de la Crémation en France, a été réalisé. Les résultats obtenus s'accroîtront de jour en jour. C'est dans cette intention que la Société doit se maintenir. Enfin il espère que la durée des incinérations sera moins considérable et que, grâce aux expériences actuellement en cours sur l'application de l'électricité à la crémation et grace à l'appui de la Société, des appareils supérieurs à ceux qui existent ne tarderont pas à fonctionner ; il termine en faisant à tous les membres présents un chaleureux appel pour les engager à redoubler d'activité et à recruter de nombreux adhérents.

M. Salomon donne ensuite un compte très détaillé des progrès de la crémation à l'étranger. En Italie, toutes les villes importantes possèdent des crématoires. 1403 incinérations ont été faites en 1888 dans ce pays. — En Allemagne, à Gotha, avec l'appareil à air chaud, système Siemens, on a inciné 128 corps en 1889. — En Angleterre, à Woking, 100 crémations avaient été faites en cette même année. Aux Etats-Unis, ce sont des sociétés commerciales qui agissent, non sans témoigner le plus grand respect que commande la mort. A Buffalo, dit M. Salomon, l'opération est entièrement dissimulée. Les adieux se font dans un somptueux temple crématoire à la suite d'une cérémonie mêlée de chants et de musique. L'honorable secrétaire général s'occupe ensuite de la crémation en France et signale les réformes à apporter dans cette œuvre nouvelle dont le fonctionnement est dû à la Société. Dès aujourd'hui la Société se chargera de pourvoir discrètement, en tout ou en partie, selon ses ressources, aux frais d'incinération de ceux de ses membres dont le prix d'incinération serait trop onéreux.

A la suite d'une intéressante discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, l'Assemblée procède à la modification des statuts et à la nomination d'une partie des membres du Comité, ainsi composé pour cette année : *Président :* Bourneville ; — *Président honoraire :* A. Kœchlin ; — *Vice-présidents :* Frédéric Passy, Napias ; — *Secrétaire général :* G. Salomon ; — *Membres du Comité :* Arnould, Brull, Cadet, Chassaing, Cornil, Delcominète, du Mesnil, Fouquet, Guichard, Yves Guyot, Hudelo, Lacassagne,

Jean Macé, Georges Martin, Normand, Schœlcher, Em. Trélat, Vallin.

Le siège de la Société est 97, boulevard Malesherbes, où les adhésions et souscriptions sont reçues. A. ROUSSELET.

Congrès de Médecine interne à Vienne.

Ce Congrès aura lieu du 15 au 18 avril prochain. On annonce déjà les communications suivantes : *Traitement de l'empyème*, par Immermann (Bale) et Schede (Hambourg); — *Discussion sur l'influenza*, par Baumler (Fribourg) ; — *Traitement de la néphrite chronique*, par Ziemssen (Munich) et Senator (Berlin) ; — *Physiologie de la peau*, par Unna (Hambourg); — *Pemphigus* par Mossler (Greifswald) ; — *Fonctions de l'estomac dans le diabète sucré*, par Gans (Carlsbad). — *Maladie de montagne*, par von Liebig ; — *Emploi du microscope électrique*, par Stricker (Vienne) ; — *Réflexes tendineux*, par Sternberg (Vienne) ; — *Innervation du cœur*, par Romberg (Leipzig) ; — *Tuberculose*, par Cornet (Berlin) ; etc., etc.

Les Eaux à Paris

La Chambre des Députés, le 24 février courant, a adopté enfin le projet de loi ayant pour objet de déclarer d'utilité publique les travaux à exécuter par la Ville de Paris pour le captage, la dérivation et l'adduction à Paris des eaux des sources de la Vigne et de Verneuil. Le *Progrès médical* a, à diverses reprises, entretenu longuement ses lecteurs de ce projet. La discussion à la Chambre a été assez vive. M. Terrier, député de Dreux, a résumé de la façon la plus complète les arguments qu'on pouvait faire valoir contre le projet (intérêts réciproques de Paris et de la province). Il en a profité pour débiter à la tribune quelques hérésies hygiéniques. M. Orly n'a fait que plaisanter sur la supériorité de la commune de Paris. M. Isambert a parlé comme un fin lettré, mais non comme un savant. Il est regrettable que M. le Dr Michou, ancien interne des hôpitaux de Paris, ait dépensé tant d'esprit pour défendre la mauvaise cause et combattre la bactériologie de la Seine. C'est décidément le Després de la médecine. MM. G. Berger, Alphand, Chautemps, de même que le Ministre des travaux publics, ont défendu, avec verve d'ailleurs, ce projet facile à défendre.

Certainement,

Se coucher de bonne heure et se lever matin
Vous donne la santé et vous rend le corps sain,

mais à condition de boire de l'eau qui ne soit pas de l'eau de la Seine, ce que voudrait M. Michou. C'était peut-être exact au temps de l'Ecole de Salerne; mais aujourd'hui, nous avons changé tout cela !

Les vols dans les Hôpitaux et à la Faculté.

Nous lisions dernièrement dans le *Temps* :

M. C... N..., médecin de l'armée ottomane, envoyé par le gouvernement turc pour étudier la chirurgie à Paris, assistait récemment à une leçon clinique à l'hôpital Saint-Louis. Il avait posé son pardessus sur une planchette, derrière lui. La clinique terminée, M. C... N... constata que ce vêtement avait disparu. Le soir, en rentrant chez lui, il reçut une lettre l'informant que ce vêtement était en gage dans une brasserie du boulevard Magenta, où on le lui remettrait contre la somme de 6 fr. 25. M. C... N... se rendit aussitôt à l'adresse indiquée. Le médecin de l'armée ottomane s'est estimé heureux de rentrer en possession de son vêtement contre la somme de 6 fr. 25.

Depuis longtemps, des faits semblables se passent dans les divers hôpitaux de Paris et à la Faculté de médecine. Chaque année, à la bibliothèque de la Faculté ou dans les pavillons de l'Ecole pratique, on signale en effet des vols importants accomplis dans ces conditions. Il serait bon qu'on s'en occupe un peu et surveille sérieusement ces pseudo-étudiants.

Rapport sur le projet de revision de la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), sur l'exercice de la Médecine ;

présenté au nom d'une commission composée de : MM. BROUARDEL, *président* ; BERGERON, BOURNEVILLE, CHATIN, CORNIL, PAUL DUPRÉ, GAVARRET, GRANCHER, A.-J. MARTIN, MONOD, NICOLAS, PROUST ET REGNAULT ; par M. P. BROUARDEL, *rapporteur*.

En 1886, le Comité consultatif d'Hygiène avait, sur la demande de M. le Ministre du commerce et de l'industrie, rédigé un projet de loi concernant la réforme de l'exercice de la médecine en France. Ce projet avait été accepté par M. le Ministre du commerce et de l'industrie et soumis aux délibérations de la Chambre des députés.

Le Comité avait été devancé par un de nos honorables confrères, M. le Dr Chevandier, qui avait présenté à une des précédentes législatures un projet très étudié. La dernière Chambre avait nommé une commission qui avait accepté, presque sans changement, les propositions de M. le Dr Chevandier. Dès les premières séances de la nouvelle législature, MM. Chevandier, Delestable, Michou, Bizarelli, de Mahy et Marmottan ont repris le projet qui n'avait pu venir en temps utile en discussion devant la Chambre. M. Lockroy a repris en son nom personnel le projet qu'il avait déposé comme ministre en 1886. La Chambre a accordé le bénéfice de l'urgence à ces deux propositions.

M. le Ministre de l'intérieur a prié le Comité d'Hygiène de lui présenter ses observations sur les diverses questions auxquelles les deux projets donnaient des solutions différentes.

La commission à laquelle vous avez renvoyé l'étude de la revision de la loi de l'an XI rappelle qu'entre le projet de M. Chevandier, adopté par la commission de la Chambre, et le projet du Comité rédigé en 1886, il n'existe que deux points sur lesquels le désaccord soit absolu.

Le Comité proposait de maintenir deux ordres de médecins : les docteurs et les officiers de santé. Le projet de la commission de la Chambre concluait à l'unification du titre et à la disparition des officiers de santé. Le Comité refusait d'insérer dans la loi les conditions de scolarité et d'études auxquelles devront satisfaire les futurs médecins ; la commission de la Chambre en faisait des articles de loi.

Nous allons d'abord nous expliquer sur ces deux points. Quant aux autres dissemblances, nous les passerons ensuite rapidement en revue.

I. *Suppression de l'officiat de santé.* — On peut considérer la divergence qui existait entre le projet de la commission de la Chambre et le projet du Comité comme ayant disparu en fait. La loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée et le décret du 23 novembre 1889 ne stipulent aucune dispense pour les jeunes gens qui poursuivent leurs études médicales en vue de l'officiat de santé. Avant d'obtenir le diplôme d'officier de santé, les officiers devront faire trois ans de service militaire, puis quatre années d'études médicales. Ils ne pourront exercer la médecine avant 27 ou 28 ans.

Exposer cette situation nouvelle créée par la loi du 15 juillet 1889, c'est déclarer que l'officiat de santé a vécu. Le Comité ne propose donc pas à M. le Ministre de maintenir sur ce point l'ancien projet du Gouvernement. Votre commission n'oublie pas quelles raisons le Comité avait invoquées pour demander le maintien des officiers de santé. Elle rappelle que 166 cantons ne possèdent actuellement ni docteurs, ni officiers de santé, que dans 183 cantons le service médical n'est assuré que par des officiers de santé. On pouvait espérer trouver dans cet ordre de médecins les moyens d'assurer la répartition des secours médicaux dans les campagnes.

Mais, quelle que soit la force des arguments présentés en 1886, la situation est tellement modifiée qu'il semble inutile de les exposer de nouveau, car ils n'auraient plus aujourd'hui qu'une valeur théorique. En effet les aspirants à l'officiat appartiennent d'ordinaire à des familles qui sont impuissantes à s'imposer, pour l'instruction de leurs fils, les longues dépenses de l'enseignement secondaire, ou à celles qui ne sont arrivées à une certaine aisance que lorsque leurs fils étaient déjà trop âgé pour qu'il fût possible de les mettre en cours régulier d'études. Ce sont souvent des familles d'artisans, de petits commerçants, de petits propriétaires agricoles, de contremaitres. On ne saurait espérer qu'après trois années de service militaire, après une si longue interruption d'études forcément incomplètes, ce jeune homme, âgé de 23 ou 24 ans, abordera une carrière qui ne lui permettra d'être reçu que 4 ou 5 ans plus tard, et de ne vivre de sa profession qu'après un temps plus ou moins long d'exercice, lorsque la clientèle sera venue le trouver.

Le principal désaccord qui existait entre le projet de la commission de la Chambre et celui du Gouvernement a disparu ; nous vous proposons donc d'adopter l'article 1er ainsi conçu :

« Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine ou une Faculté mixte de médecine et de pharmacie. »

II. *Conditions d'études.* — Le second point, sur lequel le désaccord existait entre les deux projets présentés par le Gouvernement et par la commission de la Chambre, portait sur les conditions d'études exigibles des étudiants en médecine, au moment où ils s'inscrivent pour prendre leur première inscription et sur celles qui doivent leur être imposées pendant le cours de leur scolarité médicale.

Le rapport adopté par le Comité d'hygiène disait : « La commission vous propose de ne pas inscrire dans la loi les dispositions relatives à l'enseignement de la médecine. Les conditions d'étude et de scolarité changent chaque fois que la science accomplit un progrès ; elles doivent donc être susceptibles de subir des transformations fréquentes et qui, pour être utiles, doivent être rapides. » Votre nouvelle commission vous demande d'adopter de nouveau cette proposition.

Les arguments présentés dans le rapport de M. Chevandier ne l'ont pas convaincue qu'il y avait lieu d'insérer dans la loi sur l'exercice de la médecine les règles relatives à l'enseignement.

M. Chevandier invoque comme précédent la loi de ventôse ; il rappelle que les conditions d'études y sont indiquées, qu'elles le sont également dans le projet de M. de Salvandi. Mais M. le Rapporteur reconnaît qu'une ordonnance royale du 2 fév. 1823, une autre du 9 août 1836, et bien d'autres décrets rendus depuis cette époque ont modifié les conditions d'instruction des médecins prévues par la loi de ventôse.

« En quoi une loi, demande M. Chevandier, eût-elle été préjudiciable à ces mesures? » Elle n'eût pas été préjudiciable mais elle n'aurait pas été facilement obtenue ou ne l'aurait été qu'après de longs délais et les études en auraient souffert.

Que les collègues de M. Chevandier veuillent bien relire l'historique de la question, admirablement dressé par M. Chevandier lui-même en tête de ses propositions successives et de son rapport, ils verront que la réforme de la loi de l'an XI (10 mars 1803) a été demandée depuis 1811 par Dupuytren, qu'elle a été sollicitée presque sans interruption depuis cette époque, c'est-à-dire pendant quatre-vingt-sept ans. M. Chevaudier lui-même ne peut oublier les efforts qu'il a accomplis depuis huit ans. Que l'on veuille bien se demander ce que serait devenu l'enseignement et par suite la pratique médicale en France, si des décrets n'avaient, illégalement peut-être, mais fort utilement, modifié le régime des études médicales? Pourquoi s'exposer de nouveau à de semblables difficultés? Pourquoi ne pas remettre au Conseil supérieur de l'instruction publique, dont M. le Rapporteur de la commission a proclamé bien des fois la compétence, le soin de régler les conditions d'études et d'examens?

Un exemple permettra de comprendre la portée de l'argument. En ce moment, de toutes parts, on réclame des modifications dans les programmes des baccalauréats. Les Facultés de médecine se plaignent toutes de l'insuffisance des études scientifiques, dont le baccalauréat ès sciences restreint devait être la sanction. Elles sont obligées de consacrer une année de scolarité à apprendre aux étudiants ce qu'ils devraient savoir en entrant à la Faculté.

Les programmes de ces examens doivent être modifiés prochainement. Pourra-t-on n'exiger, pour entrer dans les Facultés de médecine, qu'une partie de l'un des baccalauréats, et un autre complet? Ces examens porteront-ils toujours le même titre ? On a déjà bien des fois changé l'épithète les caractérisant : baccalauréat ès sciences complet, physique, restreint, etc. On a dédoublé l'un deux.

Si de nouveaux changements utiles aux études médicales, complétant l'instruction spéciale des futurs étudiants en médecine, sont introduits dans les programmes et les examens, faudra-t-il revenir devant le Parlement et attendre dix ans, vingt ans la sanction de ces propositions ?

Le Comité est d'accord avec la commission de la Chambre, en ce sens qu'il veut comme elle que les examens qui ouvrent la porte des Facultés prouvent que l'étudiant a fait des études générales embrassant l'ensemble des connaissances professées dans les lycées, et que les études scientifiques soient spécialement dirigées dans le sens de celles que l'étudiant devra utiliser pendant ses études et sa carrière ; mais il ne croit pas que le pouvoir législatif doive être consulté chaque fois que l'expérience aura démontré qu'un changement utile aux études médicales devra être introduit. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Ch. Richet, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Pinard, Poirier.

Mardi 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie) MM. Mathias-Duval, Debove, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Quinquaud, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité)(1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Bar ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Duplay, Maygrier. —

Mercredi 5. — 3e de *Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Netter, Marie.

Jeudi 6. — Dissection : MM. Farabeuf, Brun, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Quénu, Bar.

Vendredi 7. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie)(Charité) : MM. Pinard, Delens, Segond ; — (2e partie) : MM. Fournier, Rendu, Chantemesse.

Samedi 8. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Nélaton ; — (2e partie) : MM. Peter, Duguet, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 6. — M. Catrou. Etude sur la maladie des tics convulsifs (Jumping, Latah, Miriachif). — M. Parisot. Etude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Georges-Hubert ESBACH.

M. le Dr Esbach, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, vient de mourir.

C'était à la fois un homme de laboratoire, un peintre, un dessinateur, un sculpteur et un aqua-fortiste. Il se livrait à toutes les occupations manuelles avec une égale virtuosité ; il n'avait, pour ainsi dire, point besoin de collaborateur et créait de ses propres mains tout ce dont il avait besoin.

Il était, en outre, mathématicien, chimiste, physicien, et donnait à tout ce qu'il faisait un caractère d'originalité tout particulier. Ses chefs de service furent séduits par cette inépuisable fécondité, à laquelle on ne s'adressait jamais en vain. MM. Tillaux, Farabeuf et Potain, qui l'ont connu et guidé au début de ses études médicales, peuvent le dire.

Parmi les travaux d'Esbach, on peut citer un mémoire peu connu et très important sur la *physiologie des muscles intercostaux.* Puis vinrent ses mémoires sur le *dosage de l'albumine, de l'urée, de l'acide urique*, qui réalisèrent un progrès notable dans l'application de la chimie à la médecine. Presque tous ces travaux ont été publiés dans le *Journal des Connaissances médicales*, ainsi que dans le *Bulletin de Thérapeutique.*

Nous citerons par ordre chronologique :

1876. *Modification de la phalangette dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme. Théories étiologiques sur le rhumatisme, le rachitisme et l'hippocratisme*, avec 60 figures. — 1879. *Etude pratique sur le filtre taré et les pesées ; Les liquides qui grimpent ; Analyse du lait. Dosage du beurre et nouveau butyromètre ; Dosage de l'urée.* — Observations sur la note présentée par le Dr Méhu à l'*Académie des sciences ; Dosage de l'albumine dans l'urine ; Picrate de l'albumine ; Dosage de l'urée : Réponse à la seconde note du Dr Méhu à l'Académie des sciences.* — 1880. *Analyse du lait. Dosage de la lactose : Comment cela se passe : lettre remise au président de la Société de pharmacie de Paris ; Dosage chimique de l'albumine* (modification du procédé de 1874). — 1881. *Analyse complète du lait. Dosage de la caséine ; dosage du beurre ; dosage de la lactose. Principales causes d'erreurs dans l'étude du lait.* — 1882. *Hémochronomètre à éclairage monochromatique.* — 1883. *Sur les albumines normales et anormales de l'urine. — Diabète et croûte de pain. Oxalurie. L'ammoniaque dans l'urine. Procédé à l'oxyde rouge de mercure ; Urologie. Urate de soude ?* — 1885. *Les calculs urinaires et biliaires* (Masson). — 1886. *Le diabète sucré.* — 1889. *Liqueur de Fehling ; méthode des témoins décroissants ; saccharimètre et diabétose* (1).

Ferdinand DELAUNAY, chroniqueur scientifique.

M. Ferdinand Delaunay, rédacteur scientifique au *Temps*, vient de mourir emporté prématurément à l'âge de 47 ans. La maladie qui l'avait tenu éloigné depuis quelques mois des Sociétés savantes, semblait avoir fait trêve ; un mieux sensible lui avait permis de

(1) *Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*, 20 février 1890, n° 8.

reprendre ses occupations, lorsque la mort est venue subitement l'enlever. Né à Fontenay-Marnion (Calvados), Ferdinand Delaunay s'était occupé d'abord de physiologie et de philosophie naturelle. Après avoir publié une *Etude sur le tempérament physique et moral de la femme*, il aborda les questions philologiques et historiques et donna successivement : les *Actes et les Apôtres* (traduction et commentaire, 1865); *Philon d'Alexandrie* (écrits historiques, influence, lutte et persécution des juifs dans l'empire romain (1867); *Moines et Sibylles* (1874), ouvrages couronnés tous deux par l'Académie française. On lui doit aussi la *Campagne de France*, ouvrage admis dans les bibliothèques militaires. Il était officier de l'instruction publique.

Mais, le meilleur de son œuvre, ce sont ces comptes-rendus des séances des cinq classes de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Société de géographie, ces résumés impartiaux des discussions scientifiques les plus variées que Ferdinand Delaunay écrivait pour les lecteurs du *Temps* avec un souci constant de l'exactitude (chose bien rare dans la presse quotidienne) et qui exigeaient de leur auteur les qualités d'un vrai savant et les talents d'un vulgarisateur. Les études premières de Ferdinand Delaunay le portaient plus spécialement vers les travaux de l'Académie des inscriptions, dont il rendait compte au *Journal officiel* et au *Temps;* mais sa compétence étendue était également apprécié dans tous les corps savants où il sera vivement regretté.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 février 1890 au samedi 22 fév. 1890, les naissances ont été au nombre de 1209 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 454 ; illégitimes, 149, Total, 603. — *Sexe féminin :* légitimes, 436 ; illégitimes, 170, Total, 606.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 fév. 1890 au samedi 22 fév. 1890, les décès ont été au nombre de 1243 savoir : 657 hommes et 586 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 10, T. 17. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 12, T. 20. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 8, F. 8. T. 16. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 16, T. 38.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 154, F. 102, T. 256. — Autres tuberculoses : M. 25. F. 17. T. 42 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2. T. 2. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 35. T. 48. — Méningite simple : M. 23, F. 18, T. 41. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 25, T. 57. — Paralysie : M. 9, F. 3 T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 2. F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 46. T. 82. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 34 T. 56. — Bronchite chronique : M. 23, F. 29. T. 52. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 21. T. 41. — Pneumonie : M. 27. F. 42. T. 69. — Gastro-entérite, biberon, M. 16, F. 14. T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3. T. 8, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 2. T. 3.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 19, F. 11, T. 30. —Sénilité : M. 12, F. 29. T. 41. — Suicides : M. 15, F. 2, T. 17.— Autres morts violentes : M. 13. F. 3. T. 16. — Autres causes de mort : M. 136, F. 86. T. 222. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 3, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36, illégitimes, 16. Total : 52 — *Sexe féminin :* légitimes, 19 ; illégitimes, 15. Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. KLIPPEL (François-Maurice), docteur en médecine, est nommé chef du Laboratoire de clinique des maladies mentales, à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Bellangé, démissionnaire. — M. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire d'accouchements à ladite Faculté. — M. BAR, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en 1890, d'un cours de clinique d'accouchements, pour les élèves sages-femmes à ladite Faculté. — M. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est maintenu dans lesdites fonctions, pour une période de trois ans, à partir du 26 février 1890.

On nous annonce, à la dernière heure, que la Faculté aurait décidé de présenter, en première ligne, pour la chaire de M. Damaschino, M. le Dr Debove, médecin de l'hopital Andral.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. TENDRON (Edmond-Louis-Joseph), bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours d'hydrologie et minéralogie à l'Ecole de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Lafont, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — *Concours du prosectorat.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par les nominations de MM. Gally et Ambialet. Epreuve écrite : *Ventricules cérébraux.* Questions restées dans l'urne : Artères des centres nerveux ; articulation coxofémorale et énumération des branches de la carotide externe.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE. — M. le Dr Desprès a été nommé rapporteur de la Commission chargée d'examiner le projet de loi relatif à la création d'une Ecole du service de santé de la marine. Espérons que sous peu, grâce à l'énergie de M. Desprès, une solution favorable sera obtenue. Il est urgent, en effet, de fonder, dans une ville comme Marseille ou Bordeaux, une grande Ecole de médecine navale, qui puisse être comparée avec l'Ecole du service de santé militaire de Lyon et le Val-de-Grâce.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté d'Heidelberg.* — M. le Dr Herczel, assistant de Czeny, vient d'être nommé privat-docent de chirurgie.

Faculté de Wurzbourg. — M. le Dr Kirchner, privat-docent, a été nommé à la place de Von Troeltsch, décédé (policlinique otiatrique).

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury pour le concours qui doit s'ouvrir le 28 février, pour 3 places de médecin dans les Hôpitaux de Paris, est composé, sous réserve d'acceptation, de MM. Fournier, J. Simon, Constantin Paul, Oulmont, Hutinel, Terrier, Cornil. — Les candidats inscrits sont au nombre de 68, ce sont : MM. les Drs Siredey, Gallois, Havage, Bourcy, Poupon, Morel-Lavallée, Duplaix, Richardière, Gauchas, Lebreton, Mathieu, Galliard, Giraudeau, Delpeuch, Duflocq, Belin, Marfan, Berbez, Menetrier, Guinon (Georges), Lermoyez, Ribail, Grattery, Martin de Gimard, Durand-Fardel, Beclère, Deschamps, Jacquet, Blocq, Darier, Le Gendre, Dalché, Martha, Barbier, Thibierge, Barbe, Polguère, Babinski, Florand, Charrin, Robert, G. Baudouin, Hischmann, Oettinger, Launois, Widal, Thoinot, Despréaux, Achard, Roger, Bourdel, Capitan, Jeanselme, Besançon, Guinon (Louis), Gilles de la Tourette, Queyral, Pignol, Méry, Lesage, Wurtz, Dubief, Cayla, Nourric, Budor, de Gennes, Liandier et Bruchet. — L'administration de l'Assistance publique, par voix de referendum, avait demandé aux candidats au Bureau central de voter par oui ou par non sur la question de savoir si, au cas où le nombre des places vacantes ne dépasserait pas cinq, il n'y aurait pas lieu de faire un seul concours au lieu de deux, par an. La majorité des candidats a voté non. Si l'administration se conforme à cet avis, il y aura donc toujours, jusqu'à nouvel ordre, deux concours de deux ou trois places par an. (*Gaz. Méd.*).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le vendredi 14 février, à 7 heures du soir, a eu lieu le 4e diner trimestriel de l'Association de la Presse médicale française, au restaurant Marguery. Un seul des syndics, M. le Dr Cézilly, y assistait ; les autres, empêchés, s'étaient fait excuser. Diverses questions ont été agitées, après le diner et après l'admission de M. le Dr Chevalereau, directeur de la *France médicale*, en remplacement de M. le Dr Bottentuit. Il a été d'abord décidé que les journaux associés feraient l'échange entre eux, de façon à resserrer davantage encore les liens de bonne confraternité. On a examiné ensuite la possibilité d'obtenir des chemins de fer des permis de circulation sur demandes à la façon des journaux quotidiens. On a pensé qu'il serait peut-être bon d'en demander au nom du Syndicat de la Presse médicale tout entier. Il n'a rien été décidé en ce qui concerne les démarches à faire à ce sujet.

La question de l'obtention des cartes d'entrée à la Chambre des Députés et des cartes de presse délivrées par la préfecture de police est restée en suspens. Enfin on a soulevé la question de la part que la presse française prendrait au futur Congrès international de médecine de Berlin. La question ayant paru très sérieuse et susceptible d'interprétations diverses, on a jugé bon de se réunir en un diner extraordinaire qui aura lieu le 2e vendredi de mars ; dans cette prochaine réunion, on s'occupera spécialement de la question du Congrès de Berlin. Tous les directeurs de journaux sont priés d'y venir défendre leur opinion.

Annuaire de l'internat des hôpitaux de Bordeaux. — Nous recevons l'*Annuaire de l'Internat des hôpitaux de Bordeaux*, dont la première idée remonterait, paraît-il, à 1880. Nous avons annoncé il y a quelque temps l'annuaire analogue qu'a publié l'Association des anciens internes des hôpitaux de Nantes. On connaît d'autre part l'annuaire de l'Internat des hôpitaux de Paris, qui a servi de modèle à ces annuaires régionaux. Les Bordelais ont donc eu là une excellente idée, en imitant Paris et Nantes. Il serait à désirer que les autres grandes villes de province Montpellier, Alger, Lille, Nancy, Lyon, suivissent cet exemple, si elles ne l'ont pas fait déjà. Ces annuaires, en effet, constituent des documents précieux pour l'histoire de la médecine. Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Pujos, qui a si élégamment rédigé celui des hôpitaux de Bordeaux.

Asphyxie par un poêle. — Quatre enfants de M. L..., rue du R..., ont été asphyxiés par un poêle qui se trouvait dans leur chambre à coucher. Trois ont pu être rappelés à la vie. Le quatrième, âgé de trois ans et demi, a succombé.

Association médicale britannique. — Nous rappelons à nos lecteurs que la 58e session de l'Association médicale britannique aura lieu en 1890 à Birmingham, du 29 juillet au 1er août.

Bureaux de bienfaisance de Paris.—*Médecins*.—Le concours pour la nomination des médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris vient de se terminer. Voici les noms des lauréats : MM. Audrerey, Allix, Barbe, Barthès, Barbulée, Bourdel, Burell, Cahn, Cazeau, Carret, Cornet, Charles, Devaucoux, Dufestel, De Pradel, Daprey, Gourichon, Jarry, Hénocque, Le Jaune, E. Laurent, Leflaive, E.-A. Laurent, Mathieu, Morin, Planès, Pellegrin, Pichon, Puech, Thominet, Vissauged, Vinot.

Congrès de la Société allemande de Chirurgie. — Nous rappelons que le 19e Congrès de la Société allemande de Chirurgie aura lieu du 9 au 12 avril 1890, à Berlin, sous la présidence du Pr E. von Bergmann.

Congrès de balnéologie a Berlin. — Le 12e Congrès de Balnéologie commencera le 6 mars et durera 3 jours (Institut pharmacologique de l'Université de Berlin).

Xe Congrès international de médecine de Berlin. — Les cartes de membres de ce Congrès peuvent dès maintenant être retirées au Bureau de la *Abgeordeneten Hauses*, Leipziger Strasse, n° 75; il suffit d'envoyer 20 marcs (25 francs). La *Deut. medic. Wochenschrift* (20 février 1890, p. 163) critique vivement une appréciation parue récemment dans la *Médecine moderne* sur ce Congrès. La *Deut. Woch.* répond que la science ne doit pas avoir de frontières et que si les médecins allemands ne sont pas venus à Paris en 1889, c'était pour obéir à une injonction extra-médicale. Enfin, voilà le gros mot lâché ! Etait-il bien utile de le répéter, puisque tout le monde le savait. D'ailleurs, de nombreuses célébrités allemandes avaient protesté contre ce mot d'ordre.

Congrès médical colonial. — Un Congrès médical colonial est organisé sous les auspices du Ministère de la marine et du sous-secrétaire d'Etat aux colonies. Il aura lieu au mois de mai prochain. C'est à Marseille, dit-on, que se tiendra ce prochain Congrès.

Congrès international d'hygiène a Londres. — La prochaine session du Congrès international d'hygiène et de démographie aura lieu le 24 avril 1891, à Londres — Le lord-maire a mis Mausias-House à la disposition du Congrès.

Congrès des naturalistes Russes. — Le huitième Congrès des naturalistes et physiciens russes, tenu à Saint-Pétersbourg le 9 janvier, a réuni 2,000 adhérents.

Conseil général des Facultés de Paris. — Le Conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu séance lundi dernier. Le vice-recteur président a d'abord communiqué la correspondance avec les Universités étrangères et fait connaître les mesures prises pour régler et assurer la distribution à ces Universités du premier volume du *Cartulaire* de celle de Paris.— Ensuite, il a donné lecture du décret ministériel qui maintient pour trois ans les pouvoirs de M. Brouardel comme doyen de la Faculté de médecine. — Plusieurs cours libres ont été autorisés près la Faculté de médecine. — Consulté sur le maintien de la *chaire de médecine opératoire* devenue vacante, le Conseil a émis un vœu affirmatif. Diverses communications, faites par les rapporteurs des commissions qui étudient certaines questions pendantes, comme celle de la constitution officielle de l'Université de Paris ou celle de l'équivalence à reconnaître à certains grades étrangers, ont clos la séance.

Crémation en France. — On dira encore qu'il n'y a pas de victime du surmenage et des concours. Or, on a incinéré dernièrement, au four crématoire du cimetière du Père-Lachaise, le corps d'un jeune homme, M. Michel Forné, qui, âgé de quinze ans, s'est suicidé parce qu'il n'était pas premier à l'une de ses compositions. C'est décidément pousser un peu loin les choses. — C'est sur la demande de son père, M. le Dr Forné, ancien député des Pyrénées-Orientales, percepteur à Nogent-sur-Marne, que le corps de Michel Forné a été incinéré.

Crémation en Hongrie.— Le ministre de l'intérieur de Hongrie vient de prendre une décision défavorable à l'introduction de la crémation des morts. Le Conseil municipal de Prosbourg avait accueilli favorablement la demande de la Société viennoise la *Flamme*, tendant à obtenir l'autorisation de construire un four crématoire dans cette ville. Le ministre a cassé la décision du Conseil municipal de Presbourg, en déclarant que la crémation, même facultative des morts, touchait à des intérêts publics de plus d'un genre et tellement considérables que la question devait être examinée plus longuement qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Le ministre estime donc que, pour le moment, son devoir est de maintenir le *statu quo*.

Hypnotisme. — Les pratiques de l'hypnotisme sont défendues aux médecins des armées de terre et de mer.

L'étudiant du moyen age. — M. Lecoy de la Marche a donné lecture, à la séance du 21 février de l'Académie des inscriptions, d'une étude ayant pour titre : *le Bagage d'un étudiant en* 1347. Cet étudiant est Gui de Vernet, boursier de Sorbonne, qui fut trouvé mort sur la route de Nevers à Paris, près Château-Landon. C'est dans cette dernière ville que fut dressé l'inventaire de ses effets. Cet inventaire contient de curieux détails sur le costume, les livres et les monnaies du temps. Il donne en outre une idée de la manière dont voyageaient à cette époque les étudiants appartenant aux classes aisées, ce qu'on ne fait pas aujourd'hui. Les quelques étudiants français qui voyagent sont bien rares à Paris.

Médecins experts. — Par délibération, en date du 15 février 1890, MM. les Drs Chipier et Socquet ont été nommés médecins experts près le tribunal de commerce de la Seine.

Nouvelle proposition de loi sur l'exercice de la médecine. — M. le Dr David, député des Alpes-Maritimes, a déposé, sur le bureau de la Chambre, une proposition de loi sur l'exercice de la médecine. Cette proposition semble être présentée pour concilier celles de MM. Lockroy et Chevandier, actuellement à l'étude. Elle supprime l'officiat de santé, établit des mesures de protection contre les médecins étrangers et formule un mode de réglementation de la profession de dentiste. En outre, elle fait rentrer l'hypnotisme dans l'exercice de la médecine.

Nouveaux journaux. — Nous recevons encore le premier numéro d'un nouveau journal de médecine, la *Revista medica et surgica de Cadiz*, dirigé par MM. les Drs Benito Alcina et Luis Höhr.

Nouvelle réglementation du mariage. — La Chambre législative de l'Etat de Kentuky vient d'être saisie, par un député, d'un projet de loi tendant à interdire le mariage à tout individu idiot, aliéné, indigent, mendiant, vagabond, ivrogne, joueur de profession, condamné à la prison pour vol ou pour crime, ainsi qu'à tout individu rendu, par constitution physique, incapable de remplir convenablement les devoirs conjugaux. — Cette interdiction devrait même être étendue, d'après le projet en question, à toute personne douée d'un caractère violent ou qui, dans l'espace d'une année, aurait été convaincue d'être entrée dans une maison de prostitution. Il est probable que ce projet n'a aucune chance d'être pris en considération. Il n'en serait pas moins intéressant de connaître les considérants sur lesquels s'est appuyé l'auteur de cet original projet de loi. (*Gaz. hebd. des Sciences méd.*).

Récompenses. — *Témoignages de satisfaction*. — Par décision du 14 février 1890, le Ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. Jorry, officier de santé à Bouilly (Aube) ; Beveraggi, officier de santé à Belgodère (Corse) ; Désarménien, docteur à Marcillat (Allier) ; Caussade, docteur à Saint-Médard-de-Guizères (Gironde) ; Hauttement, officier de santé à Evrecy (Calvados) ; Garabuau, docteur à Aubin (Aveyron) ; Lucciardi, docteur à Sante-Pietro-de-Tenda (Corse) ; Saligue, officier de santé à Créon (Girondo) ; Dodeuil, docteur à Ham (Somme) ; Joyeux, docteur à Mirecourt (Vosges) ; Ganno, docteur à Perrégaux (Oran) ; Masson, docteur à Raon-l'Etape (Vosges) ; Jean Gérard, docteur à Sancey-le-Grand (Doubs) ; Cocatrix, docteur à Doudeville (Seine-Inférieure).

Service de santé de l'armée. — En mai auront lieu les premiers examens pour l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 18 mars 1889, rendu par le Président de la République, sur la proposition du Ministre de la Guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : au grade de médecin aide-major de 2e classe, les docteurs en médecine, MM. Gros-Perrin (Joseph-Auguste) ; Carles (Alphonse-Prosper-Gaëtan) ; Perret (Jean-François-Barthélemy-Marie) ; Miquel-Dalton (Louis-Marie-Antoine) ; Jourdin (Félix-Arthème-Armand) ; Jacques (Pierre-Louis); Mauzac (Joseph-Victor); Mongin (Léon-Gaston-Philibert); Melon (Jean-Joseph) ; Boy (Jules-Marie-Octave) ; Rebory (Alexandre-Séraphin-Henri) ; Devillebichot (Louis-Lucien) ; Leriche (Pierre-Joseph-Léon).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 18 mars 1889, rendu sur le rapport du Ministre de la Guerre, chargé, par intérim, du Ministère de la Marine, ont été promus dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin de 2e classe, les docteurs en médecine : MM. Alquier (Auguste-Louis), aide médecin ; Le Clerc (Joseph-Auguste-Richard), médecin auxiliaire de 2e classe.—Par décret du Président de la République, en date du 18 mars 1889, rendu sur le rapport du Ministre de la Guerre, chargé, par intérim, du Ministère de la Marine, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de 2e classe, M. Puybaret (Jacques-Auguste-Charles), ancien médecin de 2e classe de la marine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — Cette Société a reçu, de Mme Lunier, une somme de 1,000 fr. destinée à récompenser, sous le titre de *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : « Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie ? Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets ? » Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme. — La Société française de Tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc. Par exception, les travaux *imprimés* depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que les *manuscrits*, admis à concourir. Les manuscrits, portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le Dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne. S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

UN NOUVEAU MOYEN POUR DÉJOUER DANS L'ARMÉE LA SIMULATION. — *Myopie simulée et dévoilée.* — Nous lisons dans un journal des mieux informés en ce genre, sinon des plus sérieux, le moyen suivant pour déjouer la myopie simulée chez une nouvelle recrue. Un jeune soldat se disait myope à un tel degré qu'il lui était impossible de faire l'exercice. A dix pas, il prétendait ne pas distinguer l'objet le plus volumineux. Le médecin major du régiment, homme d'esprit et.... d'initiative, l'appela un matin à la visite, et le fit mettre tout nu. Puis, une jeune femme... fort appétissante entra doucement et, se plaçant à vingt pas du prétendu myope, se déshabilla, elle aussi, complètement. A mesure qu'un vêtement tombait, le médecin remarquait que le soldat manifestait involontairement.... un certain plaisir. L'expérience était faite : le baromètre montait.

NÉCROLOGIE. — Un des anciens élèves de la Faculté de Bruxelles, ancien interne des hôpitaux, M. le Dr SWYNGHEDAUW, de Bully, vient de succomber, emporté en quelques jours par une pneumonie grippale infectieuse. Victime de son dévouement à ses malades, notre confrère avait voulu, quoique souffrant lui-même, leur continuer ses soins. — M. le Dr BELLOC (Agen). — M. le Dr CLOETTA (Zurich). — M. le Dr URIBE, ancien ministre et ancien recteur de l'Université de Bogota. — M. le Dr VOIGT, professeur d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Pr Giacomo GIBELLO, décédé à Turin, le 14 janvier 1890, à l'âge de 57 ans. — M. le Dr ROUSSE (de Foix). — M. le Dr Eugène WACHENHEIM (Bruyères-en-Vosges). — M. le Dr Jules ARNAUD (Narbonne). — M. le Dr E. DE STOUTZ (Genève). — M. le Dr J. ROSSIAUD, assistant de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne. — M. le Dr COLAHAN (Queen's Collège de Galway). — M. le Dr SCHERER (Berne). — M. Alfred FESLER, interne des Hôpitaux civils de Bruxelles, vient de mourir. Après avoir brillamment terminé ses études à l'Ecole normale de Convin et conquis le diplôme d'instituteur, Alfred Fesler vint à l'Université de Bruxelles en 1884 et passa successivement tous ses examens, avec la plus grande distinction. Au mois de mars il était docteur en médecine. Interne à l'hôpital Saint-Jean, il mettait, dans l'accomplissement de ses délicates fonctions, un soin scrupuleux qui lui valait l'estime de ses chefs, et un dévouement qui lui valait la reconnaissance de ses malades (*Clinique*). — Le *Medical Record* du 8 février annonce la mort, à New-York, du Dr Charles WOOD, né en 1825; il fit les campagnes en Potomac et servit le général Wright en Sacramento; il avait été président de l'Association médicale de New-York, qu'il représentait au 9e Congrès médical international. Il avait aussi présidé la Société de médecine légale, etc. — M. Sébastien VIDAL, directeur du Jardin botanique de Marseille, bien connu par ses recherches sur la flore des Philippines. — M. le Dr DEROUX (de Villeneuve-sur-Lot). — M. le Dr ERNERG (de Saint-Maturin). — M. le Dr PICARD (de Saint-Dizier). — M. le Dr GUENETTE (Orléans). — M. LABORDE, pharmacien de la prison de la Santé.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL DU MIDI. — M. HUMBERT, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des leçons sur les *Maladies vénériennes et les Maladies des organes génito-urinaires.* le mardi 4 mars prochain, à 10 heures, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils.

CHARPENTIER (N.). — Traité pratique des accouchements. — Tome I. (anatomie, physiologie, grossesse physiologique, accouchement physiologique, pathologie de la grossesse). Volume in-8 de 1,120 pages, avec 377 figures. — Prix de l'ouvrage complet. . . . . 30 fr.

CORFIELD (W.-H.). — Les maisons d'habitation, leur construction et leur aménagement selon les règles de l'hygiène. Traduit et annoté sur la 2e édition par Jardot. Volume in-18 de 160 pages, avec 54 figures. — Prix. . . . . 2 fr.

CULLERRE (A.). — Traité pratique des maladies mentales. Volume in-18 de 648 pages, avec tracés graphiques. — Prix, 6 fr.

Librairie ASSELIN et HOUSSEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

DUPLAY (L.) — Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales. Volume in-18 de 168 pages, avec 36 figures. — Prix. . . 2 fr.

LEFÈVRE (J.). — Manuel de physique médicale, à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie. Volume in-18 de 565 pages, avec 453 figures dont une en couleur. — Prix. . . . . 6 fr.

OLLIVIER (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Volume in-8 de 432 pages. — Prix. . . . . 10 fr.

PROBY (A.). — De la thrombose veineuse chez les chlorotiques. Brochure in-8 de 104 pages.

ADAMKIECWICZ (A). — Pachyminingitis hypertrophica und der chronische Infarct des Rückenmarkes. Brochure in-8 de 52 pages, avec une planche hors texte. — Wien, 1890. — A. Hölder.

ASILE D'ALIÉNÉS DE QUATRE-MARES. — Rapport médical pour l'année 1888. Brochure in-4 de 16 pages, avec une planche hors texte. — Rouen, 1889. — Lapierre.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 MARS 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1889; (1)

par F. TERRIER.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, comme je le fais tous les ans, la statistique des opérations faites dans mon service de chirurgie, soit par moi, soit par mon ami et collègue M. le Dr Quénu, soit par mes internes, MM. H. Delagénière, Dagron et P. Mantel.

Toutes ces opérations ont été pratiquées d'après les règles d'une antisepsie rigoureuse, et j'ai toujours utilisé des instruments stérilisés par la chaleur, dans l'étuve construite sur les indications du Dr Poupinel, mon ami et ancien interne, et que j'ai déjà décrite (2).

Toutes mes solutions antiseptiques ont été faites avec de l'eau filtrée par le filtre Chamberland et bouillie ultérieurement. Quant aux éponges, elles sont préparées toujours d'après la méthode que j'ai déjà indiquée ici (3); de plus, nous les faisons plonger pendant 8 jours au moins dans une solution de bichlorure au 2000e, pour assurer, encore plus, leur antisepsie.

1° *Opérations pratiquées sur les yeux et sur les paupières* (25 opérations).

Cataractes	8 opér.	8 succès.
Cataracte capsulaire secondaire	1 —	1 succès.
Enucléation du globe oculaire	5 —	5 guérisons.
Strabisme. Ténotomie	3 —	3 succès.
Ptérygion	1 —	1 —
Trichiasis. Extirpation de bulbes ciliaires	1 —	1 guérison.
Plaies des paupières (suture)	2 —	2 —
Ectropion (cautérisation au thermo-cautère)	1 —	1 —
Curettage du sac lacrymal (épithélioma)	1 —	1 —
Kystes dermoïdes du sourcil (extirpation)	2 —	2 —

2° *Opérations pratiquées sur la tête et la face* (37 opérations).

Epithélioma du pavillon de l'oreille (ablation)	1 opér.	1 guérison.
Périostite de l'apophyse mastoïde (incision de Wilde)	1 —	1 —
Trépanation de l'apophyse mastoïde (otite moyenne suppurée)	1 —	1 —
Ulcère du sinciput, suite de morsure. (greffe de Thiersch)	1 —	1 —
Kystes sébacés du cuir chevelu	5 —	5 —
Trépanation du crâne pour épilepsie	2 —	1 —

1 guérison opératoire (résultat thérapeutique nul). 1 mort le jour de l'opération avec attaques épileptiformes (Quénu).

Trépanation du crâne pour fractures	3 opér.	3 guérisons.
Trépanation du crâne pour abcès sous-méningés	2 —	2 —
Carie de l'ethmoïde (ablation du séquestre (voie nasale)	1 —	1 —
Tuberculose cutanée de la face (grattage)	1 —	1 —
Kystes sébacés de la face (ablation)	3 —	3 —
Bec-de-lièvre traumatique (suture)	1 —	1 —
Cancroïde de la lèvre inférieure (ablation)	1 —	1 —
Corne de la lèvre inférieure (ablation)	1 —	1 —
Uranoplastie (perforation syphilitique)	1 —	1 —
Epulis (ablation et cautérisation)	2 opér.	2 guérisons.
Ostéo-périostite du maxillaire inférieur (grattage)	2 —	2 —
Trépanation de la branche montante du max. infér. (fracture et esquilles)	1 —	1 fistule persistante.

3° *Opérations sur le cou* (21 opérations).

Epithélioma de la parotide (ablation)	1 opér.	1 guérison.
Phlegmon sous-maxillaire (incision)	2 —	2 —
Abcès et phlegmon profonds (incision)	5 —	5 —
Adénites scrofuleuses (grattage et extirpation)	8 —	8 —
Adénite épithéliomateuse (grattage)	1 —	1 résultat nul.
Hypertrophie d'un lobe de la thyroïde (goitre). Ablation	2 —	2 guérisons.
Laryngectomie (épithélioma du larynx)	1 —	1 —

(L'opéré est mort de la grippe 19 semaines après l'opération; il y avait récidive dans les ganglions profonds du cou).

Plaie de la trachée artère (suture)	1 opér.	1 guérison.

4° *Opérations faites sur le thorax et les seins* (25 opérations).

Abcès froid de l'aisselle (incision)	1 opér.	1 guérison.
Phlegmon de l'aisselle (incision)	1 —	1 —
Abcès costal (résection des côtes)	2 —	2 —
Abcès froid, paroi thoracique (incision)	1 opér.	1 fistule persistante.
Abcès du sein (incision)	2 opér.	2 guérisons.
Gomme du sein (ablation)	1 —	1 —
Fibrome du sein (ablation)	1 —	1 —
Adénome du sein (ablation)	1 —	1 —
Sarcome du sein (ablation totale)	1 —	1 —
Epithélioma du sein (amputation)	12 —	12 —
Hémothorax (incision et drainage)	1 opér.	1 guér. avec fistule persistante.
Lipome du dos (ablation)	1 opér.	1 guérison.

5° *Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin.* (56 opérations).

Hernies inguinales étranglées (kélotomie et cure radicale)	2 opér.	1 guér. 1 mort de néphrite interstitielle au 12e jour. La hernie opérée était guérie.
Hernie inguinale étranglée. Anus contre nature		1 mort de pneumonie septique, au 8e jour, avec ictère.
Hernies inguinales non étranglées (cure radicale) (1 récidive rapide).	24 opér.	24 guérisons.
Hernies crurales étranglées (kélotomie et cure radicale)	5 opér.	4 guérisons, 1 mort par pleuro-pneumonie au 7e jour (Quénu), la plaie opératoire était cicatrisée.
Hernies ombilicales étranglées (kélotomie et cure radicale)	2 opér.	2 morts, 1 de collapsus (Dr Routier) 14 heures après l'opération, 1 par péritonite au 6e jour.
Hernie ombilicale (femme) (cure radicale)	2 opér.	2 guérisons.
Hernie épigastrique (cure radicale)	1 —	1 —
Corps étranger de l'estomac (fourchette). Laparotomie et gastrotomie	1 —	1 —
Rétrécissement cancéreux œsophagien. Gastrostomie. Le malade a survécu 3 mois.	1 opér.	1 guérison.
Laparotomies exploratrices (Tumeurs malignes inopérables)	5 opér.	3 guérisons, 2 morts par épuisement sans péritonite.
Laparotomie pour étranglement interne	1 opér.	1 mort par continuation des accidents d'obstruction, dus à une péritonite chronique avec cancer.
Laparotomie pour péritonite tuberculeuse (toilette péritonéale et drainage)	1 opér.	1 guérison.
Kystes hydatiques du foie (incision et drainage)	2 —	2 —

(1) Communication à la *Soc. de Chir.*, séance du 5 mars 1890.

(2) *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, t. XV, p. 157, 1889.

(3) *Ibid.*, T. XII. p. 929, 1886.

Kyste hydatique du foie (ponction capillaire et injection de bichlorure). . 1 opér. 1 voie de guérison.
Abcès du foie (incision à travers la plèvre). . . . . 1 opér. 1 mort par épuisement au 5e jour.
Cholécystentérostomie (1). . . . . 1 opér. 1 guérison.
Abcès de la fosse iliaque (incision et drainage . . . . 4 opér. 4 guérisons.
Plaie de la rate (suture). . . . . . 1 — 1 —

6° *Opérations sur le rectum et sur l'anus* (25 opérations).

Abcès de la marge de l'anus (incision) . 1 opér. 1 voie de guérison.
Fistules anales (incision, excision, cautérisation). . . . . 11 opér. 7 guérisons. 4 en voie de guérison.
Fissure anale (dilatation) . . . . . 1 opér. 1 guérison.
Hémorrhoïdes (ligatures multiples et excision) . . . . 5 — 5 —
Rétrécissement syphilitique rectal (rectotomie) . . . . 1 — 1 —
Rétrécissement congénital rectal (extirpation). . . . . 1 — 1 —
Diverticule du rectum (ablation) . . . 1 — 1 —
Epithélioma rectal (extirpation) . . . 3 opér. 1 g., 1 mort de collapsus et hypothermie (Quénu), 1 (opér. de Kraske) en voie de guérison.
Epithélioma rectal (rectotomie linéaire postérieure palliative). . . . . . 1 opér. 1 améliorat.

7° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme* (129 opérations).

Kystes ovariques. Ovariotomies . . . 18 opér. 17 guérisons. 1 mort par péritonite septique après 2 jours.
Tumeurs végétantes de l'ovaire. Ablation. . . . . 2 opér. 1 mort par épuisement ou choc (Quénu). 1 guérison.
Opération de Hégar (fibromes). . . . 5 opér. 5 guérisons.
Hémosalpingites avec hématocèle. . . 3 opér. 3 morts. (Choc, septicémie, péritonite purulente).
Pyo-salpingites (ablation). . . . . . 9 opér. 7 guérisons. 1 mort par péritonite au 5e jour (perforation intestinale). 1 mort par péritonite au 2e jour (Quénu).
Ovario-salpingites (ablation) . . . . 10 opér. 10 guérisons.
Grossesse extra-utérine . . . . . . 1 — 1 —
Hystérectomies abdominales (fibromes).
Pédicule extérieur . . . . 7 — 5 —
1 mort par hémorrhagie intra-péritonéale au 3e jour (Quénu). 1 mort d'occlusion par soudure intestinale au 5e jour (Quénu).
Hystérectomies abdominales (fibromes).
Pédicule rentré . . . . 4 opér. 1 guérison. 3 morts : 1 d'urémie, 2 de péritonite
Hystérectomie abdominale (fibrome enclavé). . . . . 1 opér. 1 mort d'hémorrhagie pendant l'opération.
Hystérectomies vaginales pour cancer . 5 opér. . 4 guérisons. 1 mort d'urémie au 9e jour. Reins atrophiés.
Ablation de fibromes utérins par la voie vaginale. Morcellement et énucléation. 14 opér. 14 guérisons.
Hystéropexie pour rétroversion . . . 2 — 2 —
Hystéropexie pour rétroversion et ovario-salpingectomie. . . . . . 1 — 1 —
Hystéropexies pour prolapsus . . . . 4 — 3 —
1 mort par épuisement 4 jours après l'opération. (La malade avait été opérée en même temps de 2 hernies inguinales, cures radicales).
Amputations sus-vaginales et curettage (épithélioma) . . . . 4 opér. 3 guérisons. 1 mort au 12e jour d'épuisement.
Amputation du col et curettage (métrite) 6 — 6 —
Curettages pour métrites. . . . . . 24 — 24 —
Amputation du col (hypertrophie). . . 1 — 1 —
Fistules vésico-vaginales. . . . . . 2 — 2 —
Fistule vésico-utérine. Oblitération du vagin. . . . . 1 opér. 1 insuccès.
Abcès de la grande lèvre (ouverture et ablation) . . . . 1 opér. 1 guérison.
Végétations vulvo-anales (excision). . 1 — 1 —
Colporraphie antérieure (pour cystocèle) 1 opér. 1 succès.
Colpopérinéorraphie (pour prolapsus) . 1 — 1 —
Périnéorraphie . . . . 1 — 1 —

(1) Observation publiée dans la *Revue de Chir.*, déc. 1889 et Thèse du Dr H. Delagénière, Paris, 1890. Voir *P. M.*, n° 9, 1890.)

8° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme* (32 opérations).

Phimosis (circoncision) . . . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Varicocèle (ligature et excision des veines) . . . . 3 — 3 —
Kyste de l'épididyme (ablation). . . . 1 — 1 —
Ectopie testiculaire (fixation au scrotum) 1 — 1 —
Ectopie testiculaire (castration). . . . 1 — 1 —
Castration pour tuberculose testiculaire. 6 — 5 —
1 mort de méningite tuberculeuse 25 jours après l'opération.
Hydrocèles vaginales (cure radicale). . 17 opér. 17 guérisons.
Hydrocèle vaginale (ponction et injection iodée) . . . . 1 — 1 —

9° *Opérations pratiquées sur les voies urinaires* (14 opérations).

Néphrectomies (pyélite et périnéphrite ; sarcome du rein chez un enfant de 5 ans (Quénu) . . . . 2 opér. 2 morts rapides par choc.
Néphropexie (rein mobile) . . . . . 1 opér. 1 guérison.
Cystotomie sus-pubienne (cystite). . . 1 opér. 1 en voie de guérison.
Cystotomie sus-pubienne. Grattage. Ablation d'un épithélioma vésical. . 2 opér. 1 guérison opératoire. Mort ultérieure de néphrite 40 jours après l'opération, la plaie sus-pubienne guérie. 1 mort après 15 jours de broncho-pneumonie (Quénu).
Corps étrangers de l'urèthre (extraction). 1 opér. 1 guérison.
Uréthrotomies internes . . . . . . 4 — 3 —
1 mort après 8 jours chez un tuberculeux d'anurie par tuberculose probable du rein.
Uréthrotomies externes . . . . . . 3 opér. 3 guérisons.

10° *Opérations faites sur le membre supérieur* (32 opérations).

Amputations de doigts . . . . . . 9 opér. 9 guérisons.
Désarticulation de doigt. . . . . . 1 — 1 —
Désarticulation du poignet. . . . . 1 — 1 —
Résections de l'épaule . . . . . . 2 — 2 —
Résection du coude . . . . 3 — 3 —
Résection du poignet. . . . . . . 1 — 1 —
Résection de la clavicule (extrémité externe). . . . . 1 — 1 —
Arthrotomie du coude . . . . . . 1 opér. 1 mort tardive de cachexie tuberculeuse.
Arthrotomie du poignet. . . . . . 1 opér. 1 guérison.
Kystes synoviaux (ablation). . . . . 3 — 3 —
Lipome de l'épaule (ablation) . . . . 1 — 1 —
Verrue de la main (ablation) . . . . 1 — 1 —
Grattages pour abcès froids . . . . 3 — 3 —
Grattages pour tuberculose osseuse. . 2 — 1 —
1 amélioration.
Anévrysme artério-veineux de la radiale (extirpation) . . . . 1 — 1 —
Plaie de l'artère cubitale (ligature) . . 1 — 1 —

11° *Opérations faites sur le membre inférieur* (52 opérations).

Amputation de la cuisse. . . . . . 4 opér. 3 guérisons, 1 mort par pneumonie septique au 2e jour.
Amputation de la jambe. . . . . . 2 opér. 1 g., 1 mort rapide d'anémie (blessé exsangue).
Amputation des orteils . . . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Désarticulation du genou (M. Chaput). 1 opér. 1 mort le 3e j. par septicémie.
Désarticulation des orteils. . . . . 1 opér. 1 guérison.
Arthrotomies du genou (hydarthrose blennorrhagique. Tuberculoses articulaires). . . . . 3 — 3 —
Hygromas du genou (ablation). . . . 5 — 5 —
Grattage du fémur (tuberculose) . . . 2 — 2 —
— de l'extrémité supérieure du tibia. . . . . 1 — 1 —
Grattage du calcanéum (séquestre) . . 3 opér. 1 g., 1 amélioration, 1 résultat nul.
Grattage de métatarsiens (carie) . . . 1 opér. 1 guérison.
Ablation de ganglions inguinaux (adénite). . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Abcès par congestion (incision) . . . 1 — 1 —
Epithélioma de la jambe (ablation) . . 1 — 1 —
Amputation tibio-tarsienne (procédé Guyon) . . . . 1 opér. 1 mort au 22e jour d'épuisement. Escharres des lambeaux et du sacrum.

Ligature de la veine fémorale (plaie). .	1	opér.	1	guérison.
Ligature de l'iliaque externe	1	—	1	—
Ligature de l'artère crurale (plaie) . .	1	—	1	—
Ligature de la tibiale antérieure . . .	1	—	1	—
Kyste hydatique de la cuisse (ablation).	1	—	1	—
Extirpation de l'astragale (pieds bots).	2	—	2	—
Ténotomie du tendon d'Achille. . . .	3	—	3	—
Ongles incarnés (procédé de Quénu). .	6	—	6	—
Résection du genou (tumeur blanche) .	2	opér.	1 voie de guérison, 1 a suppurée et a dû être suivie d'amputation de la cuisse qui guérit.	
Résection traumatique du genou. . .	1	opér.	1	guérison.
Résection cunéiforme pour déviation du gros orteil.	1	—	1	—
Résection du tibia (fract. compliquée) .	1	—	1	—
Résection du fémur (fract. compliquée).	1	—	1	—

Les 441 opérations faites ont donc donné 37 morts, soit en bloc 8.39 pour 100. Nous allons passer en revue ces divers insuccès et leurs causes probables :

Les 30 opérations pratiquées sur la face et la tête nous ont donné un insuccès. Il s'agit d'une opération de trépanation du crâne faite par mon ami le Dr Quénu, pour épilepsie essentielle, la femme mourut le jour de l'opération ayant des attaques épileptiformes. Il y avait eu une notable perte de sang pendant l'intervention.

Sur les 56 opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, nous comptons 9 insuccès :

Dans un cas, une hernie inguinale dut être traitée par l'anus contre nature. L'opéré mourut au 8e jour de pneumonie avec ictère; il s'agissait probablement d'une pneumonie septique ?

Un autre opéré de hernie inguinale étranglée a succombé au 12e jour à des accidents urémiques dûs à une néphrite interstitielle. A cette date la plaie était guérie et le cours des matières rétabli.

Un opéré de hernie crurale étranglée est mort au 7e jour de pleuro-pneumonie, sa plaie était aussi guérie et le cours des matières parfaitement rétabli (Quénu).

Deux hernies ombilicales étranglées ont succombé, l'une très rapidement, de collapsus, 14 heures après l'intervention *in extremis* faite par mon ancien interne et ami M. Routier ; l'autre, opéré par moi, mourut de péritonite au 6e jour.

Dans trois des laparotomies exploratrices qui se sont terminées par la mort, celle-ci a eu pour cause deux fois l'épuisement des malades atteints de cancers intra-péritonéaux inopérables, mais dans les deux cas il n'y eut pas traces de péritonite. Le 3e cas était un étranglement interne dû à une péritonite chronique avec cancer; les accidents continuèrent et emportèrent rapidement la malade opérée *in extremis*.

Enfin, un abcès du foie fort anciennement développé, et ayant profondément altéré l'état général fut ouvert à travers la plèvre et le péritoine ; l'opéré mourut au 5e jour, épuisé par une diarrhée persistante, antérieure à l'opération.

Une extirpation d'épithélioma rectal adhérant aux parois du bassin, a entraîné une mort rapide par collapsus avec hypothermie. Mon ami, M. Quénu, avait essayé d'opérer le malade par le procédé de Kraske, mais il dut se borner à enlever la tumeur et à faire un anus sacré.

Les 129 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme nous ont donné 16 insuccès, c'est-à-dire presque la moitié de notre mortalité totale ; c'est que ces opérations sont souvent graves puisque nous y comptons 67 laparotomies pour kystes, tumeurs des ovaires et des trompes, salpingites et tumeurs utérines.

L'ablation des tumeurs de l'ovaire a donné deux morts. Dans un cas il s'agissait d'un kyste avec pédicule tordu, l'opérée mourut de péritonite septique au 2e jour; dans l'autre cas on avait affaire à des tumeurs végétantes des deux ovaires, l'opérée succomba au choc opératoire dans le but de la remonter un peu, on lui fit même la transfusion (Quénu).

Trois hémo-salpingites avec hématocèles ont succombé, l'une de choc, l'autre de péritonite septique, la 3e de péritonite purulente.

Deux pyo-salpingites ont été suivies d'insuccès : dans un cas il se fit au 5e jour une perforation du rectum qui entraîna une péritonite généralisée. Dans l'autre cas, la mort survint par péritonite septique au 2e jour. (Quénu).

Les hystérectomies abdominales, avec pédicule extérieur, ont fourni 2 décès : 1 par hémorrhagie intrapéritonéale au 3e jour (Quénu), le second par occlusion intestinale par coudure de l'intestin au 5e jour (Quénu).

La mortalité des hystérectomies abdominales, avec pédicule rentré, est plus grande, 3 décès : 1 par urémie, il n'y avait pas de péritonite, les deux reins étaient atrophiés ; 2 par péritonite septique née des sutures faites sur l'utérus.

Enfin, dans une hystérectomie abdominale pour un énorme fibrome enclavé, la mort survint par hémorrhagie pendant l'opération.

Une seule hystérectomie vaginale, pour cancer utérin, a succombé au 9e jour d'accidents urémiques. L'autopsie permit de s'assurer de l'atrophie de la substance rénale, il n'y avait pas traces de péritonite.

Dans un cas de cancer utérin fort avancé, le curettage de la cavité utérine fut suivi de mort au 12e jour. La malade mourut d'épuisement sans accidents péritonitiques ni pulmonaires.

Enfin, une femme âgée (69 ans) à laquelle nous avions fait, en même temps qu'une hystéropexie, deux cures radicales de hernies inguinales, a succombé probablement au choc, en tous cas sans présenter d'accidents pulmonaires, ni péritonitiques. Le fait a été constaté à l'autopsie.

Les 32 opérations faites sur les organes génitaux de l'homme ne nous ont donné qu'un insuccès. Un tuberculeux, chez qui nous avons enlevé le testicule suppurant, est mort de méningite tuberculeuse 25 jours après l'opération. Il lui restait un petit trajet fistuleux insignifiant au moment où les accidents cérébraux ont éclaté.

Les 14 interventions pratiquées sur les voies urinaires ont fourni 4 insuccès :

Deux néphrectomies succombèrent dans les 24 heures au choc : dans le premier cas il s'agissait d'une femme atteinte de pyélite suppurée et de périnéphrite ; dans le second cas c'était un enfant de 5 ans opéré par M. Quénu et porteur d'un énorme sarcome du rein ; malgré la rapidité opératoire et le peu de sang perdu, la mort survint dans la journée. Enfin, un tuberculeux très avancé, opéré d'uréthrotomie interne pour rétrécissement très serré, mourut d'anurie au 8e jour, par tuberculose rénale.

Les opérations faites sur le membre supérieur au nombre de 32 ont donné un insuccès, relatif d'ailleurs. En effet, un tuberculeux, auquel on fit l'arthrotomie du coude et le grattage des parties malades, mourut, plusieurs mois après, de tuberculose généralisée.

Enfin nous comptons 4 décès sur les 52 opérations faites aux membres inférieurs :

Un amputé de cuisse mourut de pneumonie septique au 2e jour ; c'était à la suite d'un traumatisme. Un am-

puté de jambe, apporté exsangue, mourut de choc et d'anémie traumatique aiguë en quelques heures.

Une désarticulation du genou, faite par M. Chaput, pour traumatisme, succomba à des accidents septiques au 3e jour. Une amputation tibio-tarsienne pratiquée par le Dr Hartmann d'après le procédé du Pr Guyon et pour des altérations anciennes et tuberculeuses des os du pied chez une vieille femme, se termina par la mort au 22e jour. Il s'était fait des eschares du sacrum et une mortification du lambeau. La femme mourut épuisée.

Nous allons maintenant nous efforcer de classer un peu ces diverses causes d'insuccès et nous pensons pouvoir en tirer quelques conclusions pratiques.

Les morts rapides dues au traumatisme, au choc comme on dit, sont au nombre de sept :

Une trépanation, une hernie ombilicale étranglée, une extirpation du rectum, une ablation de tumeurs ovariennes, une hémo-salpingite et deux néphrectomies. Dans tous ces cas, l'acte opératoire a certainement déterminé la mort à bref délai, par un mécanisme qui souvent nous échappe et que cliniquement on dit *choc traumatique*.

Trois fois l'issue funeste a été due à la perte de sang subie par l'opéré, soit du fait même de l'opération, comme dans les deux hystérectomies abdominales, soit par suite de la blessure antérieure. Tel est le cas d'un amputé de jambe.

Trois opérés ont succombé à une sorte d'épuisement déterminé et par l'affection pour laquelle on est intervenu et par suite du choc résultat de l'intervention : ce sont les trois opérés de laparotomie pour tumeurs malignes.

On peut rapprocher de cette cause de mort l'état d'affaissement dans lequel est tombée la malade opérée d'hystéropexie et de cure radicale des hernies.

La tuberculose a emporté deux opérés, l'un de castration pour sarcocèle tuberculeuse, l'autre d'arthrotomie du coude. Dans les deux cas, l'issue fatale a été assez tardive et d'ailleurs peu en rapport avec l'intervention, quoi qu'on en ait dit, surtout à propos de la castration des tuberculeux.

Des accidents pulmonaires ou pleuro-pulmonaires ont déterminé la mort de trois opérés : une hernie inguinale étranglée, une hernie crurale étranglée et une amputation de cuisse.

Des phénomènes du côté de la sécrétion rénale, c'est-à-dire des accidents urémiques, sont survenus dans 4 cas : au 12e jour d'une hernie inguinale étranglée opérée et guérie, dans une hystérectomie abdominale, dans une hystérectomie vaginale et lors d'uréthrotomie interne, par tuberculose rénale probable.

Des accidents d'étranglement interne ont été la cause de mort dans un cas de laparotomie pour péritonite chronique, et dans une hystérectomie abdominale qui paraissait en voie de guérison.

Nous arrivons aux accidents dûs à la *septicémie* sous ses diverses formes :

Dans 2 cas, la septicémie chronique antérieure à l'opération a persisté et a entraîné la mort : abcès du foie avec diarrhée incoercible, cancer utérin fort avancé et curetté.

Une fois la septicémie chronique, suite d'amputation de jambe pour carie osseuse, paraît s'être développée après l'opération, la malade étant déjà cachectique avant l'intervention.

La péritonite septique ou purulente a entraîné la perte de 8 opérées :

Une hernie ombilicale étranglée, un kyste ovarique avec pédicule tordu, deux salpingo-hématocèles, deux pyo-salpingites, deux hystérectomies abdominales.

Dans tous ces cas, sauf un seul (une pyo-salpingite), l'intoxication a suivi l'opération et est due certainement à celle-ci ; toutefois la hernie ombilicale étranglée peut faire exception, en ce sens que l'intoxication peut venir de l'intestin et échappe alors à l'action de l'opérateur.

Dans le fait déjà signalé de pyo-salpingite, ce fut une perforation tardive de l'intestin rectum et aussi l'administration intempestive d'un purgatif qui déterminèrent la péritonite septique. C'est donc un accident post-opératoire, mais non dû à la technique de l'opération.

Enfin, la désarticulation du genou pour traumatisme grave, faite par M. Chaput, succomba à la septicémie.

En additionnant le nombre de décès dûs à la septicémie et à l'une de ses formes, la péritonite suppurée ou non, nous arrivons au chiffre de 9 décès sur 441 opérations, soit 2,04 pour 100.

Je ferai remarquer en terminant que, comme l'année dernière, je n'ai pas observé d'érysipèle chez mes opérés ni chez mes blessés.

Deux fois des blessés ont été pris de tétanos, sans d'ailleurs avoir été soumis à autre chose qu'à des pansements antiseptiques. Dans les deux cas les plaies étaient souillées de terre et difficiles à nettoyer par suite de l'écrasement des parties molles.

Du reste, depuis l'ouverture de l'hôpital Bichat, c'est-à-dire depuis 7 années, je n'ai observé qu'un seul cas de tétanos post-opératoire chez une malade opérée d'ovariotomie par mon excellent ami et collègue Périer.

Je dois ajouter, que cette année, par suite de travaux faits dans mon service, j'ai dû, pendant 6 mois, pratiquer les opérations dans des salles en communication constante avec la salle commune des malades. Cette nécessité a été certainement pour quelque chose dans les accidents post-opératoires que nous avons pu observer, en particulier pour les opérations pratiquées sur les organes intra-péritonéaux.

PATHOLOGIE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1) ;

II. — LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE PATHOLOGIQUE.

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

Si l'on veut bien considérer le tableau XVIII, on verra que l'attaque de sommeil, bornée à la période des 24 heures, se comporte exactement, au point de vue biologique, comme une attaque convulsive ordinaire. Elle

TABLEAU XVIII.

Will.... 19 ans. Attaque de sommeil hystérique.

DATES	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
18 janv. 1889.....	Et. normal.	c. c. 1150	gr. 49.50	gr. 22	gr 0 66	gr 1.74	gr. 2 40	48 à 100	P. = 48 k.
7 janv. 1889 . . .	Attaque....	550	34 10	8 25	0.66	0.44	1.10	150 à 100	

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 ; nos 18, 19, 25, 1889 ; et nos 2, 8 et 9, 1890.

se juge par l'abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion caractéristique de la formule de ces derniers. En effet, à l'état normal, Will..., 19 ans, poids 48 kil., excrète, 1,150 c. c. d'urine, 49 gr. 50 de résidu fixe, 22 gr. d'urée, 2 gr. 40 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,66, et alcalin, 1,74, donnant la proportion normale de 48 à 100.

Le jour de l'attaque de sommeil, elle excrète 550 c. c., 34 gr. 10 de résidu fixe, 8 gr. 25 d'urée, 1 gr. 10 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 66 et alcalin 0 gr. 44, donnant la proportion de 150 à 100 réalisant au suprême degré l'inversion de la formule des phosphates.

L'attaque de sommeil hystérique comprenant la période de 24 heures est donc entièrement assimilable, au point de vue chimique, à l'attaque convulsive ordinaire.

Le tableau XIX a rapport à un état de mal de sommeil

TABLEAU XIX.

Jum..., 16 ans. Etat de mal de sommeil hystérique.

DATES	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
14 déc. 1888.....	Et. de mal.	c.c 900	gr. 40 40	gr 12 80	gr. 0 71	gr. 1.05	gr. 1.76	67 à 100	Poids au début de l'état de mal 41 k. 800.
15 déc. 1888.....	Idem.	1250	35.20	12.55	0 65	1.00	1.65	59 à 100	Alimentation nulle.
16 déc 1888 .. .	Et. normal.	1290	48.75	24.50	0.84	1.69	2.53	49 à 100	Poids au réveil 41 k. 350. Différence = 450 gr.

de 48 heures de durée. Mêmes phénomènes que précédemment : abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion caractéristique de la formule. Nous notons, en plus, qu'en 2 jours la malade a perdu 450 gr. de son poids.

Dans le 3e cas, Monc., fem., 19 ans, 51 kilog., l'état de mal dure 3 jours, et se rapproche à un tel point du précédent qu'il nous paraît inutile de donner le détail des analyses. Elle maigrit de 960 gr., car elle ne pèse plus au réveil que 50 kilogr. 040.

Dans le 4e cas, Camp., fem., 25 ans, le sommeil dure 4 jours et s'étend du 29 juin au 3 juillet 1888. Les urines ne peuvent être recueillies, car ainsi qu'il arrive quelquefois pendant l'état de mal, il y a incontinence. Nous ne voulons en retenir que ceci, c'est que la malade, qui n'absorbait absolument rien, pesait 57 kilogr. le 29 juin 1888, début de l'état de mal, et 52 kilogr. le 3 juillet, jour du réveil. En 5 jours elle avait donc maigri de 5 kilogr.

Le 5 juillet elle s'endort à nouveau, pesant 51 k. 900, pour se réveiller le 7 juillet, pesant 51 kilogr. 120. On voit combien peut être grande la dénutrition, pendant l'état de mal léthargique, lorsque les malades n'absorbent rien.

La 5e malade, St. Den., 15 ans 1/2, a été présentée, par M. Charcot, à sa *Leçon du Mardi* 5 février 1889. A cette époque, elle était soumise déjà depuis quelque temps à notre observation pour des vomissements hystériques qui avaient nécessité son admission à la Salpêtrière. Une première fois, le 23 janvier 1889, ses vomissements sont entrecoupés par un état de mal de sommeil qui dure 3 jours, les 23, 24, et 25 du même mois. Nous ne pouvions établir, étant donnés les vomissements, une comparaison avec l'état normal qui n'existait pas à proprement parler à ce moment ; toutefois, les analyses de ces trois jours ne sont pas moins caractéristiques que celles des cas précédents au point de vue de l'état de mal léthargique. Chez St. Den., âgée de 15 ans 1/2, pesant 37 kilogr. 760 le jour du début de l'attaque de sommeil, les analyses donnent : urine 750 c. c.; résidu fixe 20 gr. 60, urée 11 gr. 85, acide phosphorique total 0 gr. 74, alors que la veille, malgré les vomissements, elles donnaient : urine 870 c. c., résidu fixe 29 gr. 62, urée 15 gr. 92, acide phosphorique total 1 gr. 62. Pendant 3 jours de sommeil, les 23, 24, 25 janvier 1889, les sécrétions se maintiennent à ce taux inférieur. La malade, qui sort le 25 au soir de son état de mal par une attaque convulsive, a maigri de 810 grammes, car elle ne pèse plus que 36 kilogr. 950 au lieu des 37 kilog. 760 du jour du début de l'état de mal léthargique, soit 270 gr. par jour. Pendant ces 3 jours, la température rectale moyenne a été de 37° 4.

Nous empruntons la suite de l'observation à la *Leçon du Mardi*, 5 février, que notre maître, M. le professeur Charcot, a consacrée en partie à ce cas intéressant.

« Les jours qui suivent l'attaque (précédente), la malade ne vomit presque plus et elle continue à bien manger; le 31 janvier, son poids avait atteint le chiffre de 39 kilos.

« C'est ce jour-là même, le matin à 9 heures, c'est-à-dire il y a juste 5 jours, que s'est déclarée la seconde attaque, celle dont j'ai tenu à vous rendre témoins aujourd'hui. J'aurais pu, naturellement, dès le début de la crise, craindre à chaque instant de voir la malade se réveiller et de me trouver par là privé du plaisir de vous démontrer, sur nature, les détails d'un cas assez rare en somme et toujours intéressant, si je n'avais été rassuré par les circonstances que voici. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont démontré, vous ne l'ignorez pas (1), par l'étude de six cas de sommeil hystérique que, pendant la durée de l'attaque, le poids du corps diminue rapidement en même temps que l'on constate, par l'analyse des urines, une constante diminution qualitative et quantitative de tous les éléments : volume, urée, phosphates, etc. Mais ces observateurs ont établi en outre que régulièrement deux ou trois jours avant le réveil, on voit le volume de l'urine, le poids de l'urée se relever progressivement et aller toujours en augmentant ; de telle sorte que l'on peut, en tenant compte de ces données, prévoir jusqu'à un certain point, quelques jours à l'avance, l'époque à laquelle le malade se réveillera. Or, chez notre dormeuse, une analyse faite le 3 ayant montré que ce relèvement ne s'était pas encore prononcé, nous pouvons compter que, si on laisse aller les choses, le réveil se fera attendre quelques jours encore. »

Puis M. Charcot analyse devant ses auditeurs les divers phénomènes présentés par la malade dont le sommeil est entrecoupé, pendant la leçon même, par des *salutations*. « Vous reconnaîtrez, dit M. Charcot, dans ces grands mouvements de salutation, un des épisodes les plus vulgaires de la seconde phase de la grande attaque hystéro-épileptique ; tandis que d'un autre côté les tentatives que fait parfois le malade pour sortir de son lit et s'enfuir en prononçant des paroles dont on ne peut pas toujours saisir le sens reproduisent le tableau des attitudes passionnelles; et ces diverses circonstances

(1) *Leçons du Mardi*, 1888-1889, 4e leç., p. 63.

sont de nature à justifier l'opinion que je soutiens à propos du sommeil hystérique : c'est à savoir qu'il n'y faut pas voir autre chose qu'une grande attaque, ou mieux, qu'une série de grandes attaques modifiées dans leur forme extérieure.

« Les intéressantes recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sont venues d'ailleurs donner à cette hypothèse un solide appui en montrant que, en ce qui concerne la perte du poids du corps, la diminution de l'urine et l'abaissement du taux de l'urée, l'attaque de sommeil reproduit en tous points ce qui a lieu dans les séries d'attaques hystéro-épileptiques. »

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Philosophie à la Faculté de Médecine à propos de la question de la Spécificité cellulaire (1).

Un de nos collègues et amis vient de soutenir devant la Faculté de médecine une thèse qui ne paraît pas avoir attiré, comme elle le mérite, l'attention du monde médical proprement dit.

C'est pourtant là un travail assez original; il fait le plus grand honneur aux convictions sincères de notre érudit camarade, dont les tendances philosophiques se sont déjà manifestées en maintes occasions.

Disons-le de suite : il faut un certain courage, aujourd'hui, au sortir de l'Internat, pour écrire un ouvrage de ce genre. Si vous n'êtes pas classé du coup, vous êtes un homme à la mer. Le plus brillant concours ne vous relèvera point de l'abîme où vos bons amis, sans malice, par leurs compliments déplacés, vous auront précipité. Pour ceux de nos lecteurs que les dessous du *Tout-Paris médical* (rien du journal de ce nom) intéressent, pour ceux qui savent que la Salle de Garde, — désormais simple buffet des lignes d'Omnibus qui conduisent aux laboratoires ou aux pavillons de l'Ecole pratique — n'est pas plus un milieu où l'on philosophe, qu'un Monde où l'on s'amuse, cette affirmation paraîtra évidente. Oser, à la barbe d'amis, *strugleforlifeurs* enragés qui se pressent à l'entrée de toutes les sinécures médicales parisiennes, oser écrire une thèse d'où s'exhale le plus pénétrant parfum de la plus pure théorie, oser défendre, devant quatre juges étonnés, un travail, par son seul titre capable de vous faire renvoyer en Sorbonne où à une autre tribune; c'est méritoire, on l'avouera.

Et, malgré ce préambule, nous ne voulons pas rire. Il serait fort intéressant, en remontant jusqu'à la thèse d'un de nos compatriotes, le Dr Clémenceau, jadis élève du Robin philosophe et théoricien, mais aujourd'hui philosophe lui-même dans des régions où il n'est point facile d'allier théorie et pratique, de montrer ce qu'a fait pour la Philosophie, la Positive en particulier, la Faculté de Médecine dans ces vingt dernières années. Ce ne serait ni long ni ennuyeux.

Nous n'en avons pourtant pas l'intention, nous bornant à faire les remarques suivantes : Il y a quelques années, c'étaient les histologistes, ou plutôt les anatomistes de l'Ecole de Bichat et de Robin, qui semblaient s'adonner à ces attrayantes études ; condamnés par profession à vivre à l'aide de leurs observations patientes et de leurs spéculations... intellectuelles seules, ils dédaignaient la pratique, mais avaient au moins le mérite de garder pour eux le domaine entier de la théorie. Cette Ecole, avec Robin, semble avoir disparu du moins de la Faculté de Paris, car il n'y en a plus qu'un seul, parmi nos maîtres en histologie, que ces questions intéressent. Gagnant un terrain plus propice (Paris semble n'être plus le lieu des pures considérations métaphysiques), cette Ecole paraît vouloir renaître à Lyon, à l'ombre de noms qui grandissent chaque jour. Souhaitons seulement qu'elle ne tombe point amoureuse du Midi et qu'elle ne descende point trop vers Marseille.

A Paris, par contre, la philosophie, changeant de direction, semble prendre ses derniers retranchements dans le camp des Neuropathologues ou de leurs élèves, dont les noms sont connus de tous. L'avenir nous dira si le vent souffle vers la terre promise ou l'abîme sans fond ; et, sans insister davantage, nous allons résumer le travail de notre collègue pour montrer son caractère de franchise, sa valeur et ses tendances, quitte à signaler chemin faisant les exagérations, les affirmations un peu prématurées qu'il renferme, ainsi que les explications parfois trop théoriques de l'auteur, avec lequel nous avons au moins une fois discouru nous-même fort sérieusement sur le sujet en question, la *Spécificité cellulaire*.

La notion de spécificité est-elle applicable aux individualités cellulaires ? Les cellules forment-elles des variétés, des espèces, des genres, comparables aux variétés, espèces, genres zoologiques, botaniques, minéralogiques ?

M. Hillemand répond carrément, avec certains histologistes (Bard), par l'affirmative ; il a de plus la prétention de démontrer, dans sa thèse, cette conclusion très catégorique, se réservant d'établir, dans des mémoires qui paraitront ultérieurement, la classification de tous ces types cellulaires, basée sur leur développement ontogénétique. Une remarque en passant. Pourquoi choisir presque exclusivement l'homme dans cette étude ? « Pour diverses raisons et parce qu'il est le but subjectif de toute science, répond l'auteur. » Les autres raisons, tant que vous voudrez, mais pas la dernière, au grand jamais ! La Science, inventée de toutes pièces par l'Homme, ne doit pas désormais tourner uniquement autour de l'homme ! Il ne faut pas oublier que le Monde ne tourne plus autour de la Terre, mais que la Terre tourne, tout comme le reste du Monde.

Ainsi donc, il faudrait désormais laisser au grenier la théorie de l'indifférence cellulaire et ne plus admettre que celle de la spécificité, ébauchée par Remak et Robin, développée récemment, avec tant de talent et avec tant d'abondance, par M. Bard (de Lyon).

M. Quénu, comme on peut le lire dans son très bel article, sur les tumeurs, du nouveau *Traité de Chirurgie*, a été, lui aussi, vivement frappé par le caractère si original des conceptions de M. Bard ; mais, plus méfiant que notre ami, absolument à l'abri de tels entraînements, conséquences inévitables d'une *foi* trop sincère et trop vive, il se borne à être surpris, étonné ; et,

(1) Hillemand. — *Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire chez l'homme.* Thèse, Paris, 188).

restant dans le domaine des faits connus, surtout en histologie pathologique, il se tient sur une prudente réserve, tout en inclinant visiblement vers les théories de Robin.

Il y a donc grand intérêt à voir, avec M. Hillemand, ce que disent en réalité les faits (histogénie comparée, histologie physiologique et pathologique). Quels sont ceux qui plaident en faveur des conclusions de l'auteur ? Ce dernier a-t-il réfuté tous les arguments soulevés par les défenseurs de la théorie adverse ?

Nous regrettons d'avoir à l'avouer déjà, mais nous croyons que notre ami, dont nous apprécions si fort l'indépendance d'esprit, va trop loin, beaucoup trop loin. A force d'être logique, il pourrait bien ne plus rester dans la réalité des faits. En effet, traitant d' « *Histologistes intellectuellement dégradés par l'abus de l'analyse* », tous ceux qui résistent plus ou moins aux vues ingénieuses de M. Bard, il devient plus radical que le philosophe lyonnais et pousse à l'extrême les conséquences de la théorie que ce dernier défend.

Ainsi, M. Bard n'admet pas la spécificité absolue des trois feuillets du Blastoderme, puisqu'il dit : « Chaque feuillet blastodermique n'a pas le monopole absolu d'un ordre déterminé de cellules et plus tard de tissus ; des cellules de physiologie semblable peuvent provenir de feuillets différents. » M. Hillemand, par contre, n'hésite pas à affirmer carrément cette spécificité, ce qui est loin d'être absolument indiscutable, à notre humble avis.

Pour entraîner la conviction du lecteur dans le sens de M. Hillemand ou dans tel ou tel autre, il faudrait, d'une part, reproduire ici toute son argumentation, et, ce qui est très important, disposer en séries tous ses arguments, comme cela doit toujours se faire dans les discussions de ce genre ; ou bien les prendre un à un pour en faire ressortir la faiblesse ou leur opposer tel ou tel fait. Il faudrait mettre dans la balance le pour et le contre et tenir compte surtout de la valeur et de l'importance spéciale de certaines constatations, plutôt que de leur nombre. Or, cela est impossible dans un article comme celui que nous devons nous borner à écrire à cette place, puisqu'il faudrait refaire un travail au moins aussi long que celui de notre courageux ami. Nous nous bornerons donc à quelques considérations d'ordre général, sans avoir la prétention de réfuter quoi que ce soit et de battre en brèche les conclusions de cette thèse qui nous semblent pourtant, après lecture attentive, un peu prématurées, sinon exagérées, dans l'état actuel de la science.

En ce qui concerne le chapitre relatif à l'Histogénie comparée, où l'auteur se borne à citer des passages de traités didactiques ou peu s'en faut), nous aurions préféré le voir recourir aux nombreux travaux originaux publiés dans la littérature des sciences naturelles, sur le développement des principaux types de la série animale. S'il ne l'a pas fait, ce n'est point certes qu'il les ignorait ; mais il lui aurait fallu se livrer à un travail de bénédictin pour mener à bien ce chapitre, s'il avait entrepris de l'édifier sur de telles bases. Pourtant, il y aurait eu grand intérêt à procéder de la sorte. De plus, au lieu de ne choisir que les arguments propres à défendre sa cause, l'auteur aurait dû signaler tous ceux qui lui sont contraires, et ainsi le lecteur aurait pu comparer, peser la valeur des uns et des autres, se faire une opinion personnelle. M. Hillemand oblige trop à le croire sur parole ; les spécialistes trouveront certainement qu'il se fait la partie trop belle.

D'autre part, l'origine du feuillet moyen nous semble beaucoup trop lestement discutée. Des questions d'une telle importance, absolument capitales, ne doivent être discutées que toutes pièces du procès en main. Or, M. Hillemand en laisse un assez grand nombre dans une ombre par trop favorable, pour ne pas être un peu voulue, ou tout au moins désirée. De plus, dans un travail de ce genre, il fallait certainement, ce nous semble, être fort précis ; un peu moins de concision aurait été encore préférable. Que veut, en effet, M. Hillemand ? Entraîner la conviction des Biologistes, n'est-ce pas ? Or, ceux-ci ne se rendront que devant des faits bien observés, non sujets à controverses ; il fallait donc citer les mémoires des auteurs sur l'autorité desquels il s'appuie. Sinon, un tel travail n'a plus qu'un mérite, celui d'un excellent article de vulgarisation.

Notre ami paraît avoir traité avec trop de désinvolture les Embryologistes, qui ne peuvent s'entendre sur l'origine du mésoderme. S'il avait étudié par lui-même seulement un point d'embryologie, il aurait vu que tout n'est pas aussi simple qu'il le pense.

Un tel chapitre d'ailleurs — pour être excellent — ne pourrait être écrit que par un zoologiste qui aurait plus de 20 ans d'expérience ; rien d'extraordinaire, dès lors, si celui que M. Hillemand nous a offert présente quelques lacunes. Il n'en est pas moins très clair et très suggestif, au sens où les penseurs modernes emploient désormais ce terme.

Nous sommes obligé, avant de quitter ce chapitre, de signaler la façon dont M. Hillemand retorque un argument contraire à sa théorie. Cet argument, qui le gêne tant, est le fait suivant, observé par un homme de la valeur de Ranvier :

« On sait qu'il y a certaines cellules, qui seraient des cellules musculaires lisses, dans la partie sécrétante du glomérule des glandes sudoripares. Donc, en raison du mode de développement connu et facile à suivre de ces glandes, il y aurait là des *éléments musculaires* se formant aux dépens du *feuillet externe du blastoderme.* » Nous voulons bien admettre que la constatation directe de l'origine de ces cellules n'ait point été faite et que, d'autre part, M. Ranvier n'affirme rien au point de vue ontogénétique, quoiqu'il se prononce catégoriquement en ce qui concerne la nature musculaire des cellules en question. Mais, si l'on admet l'opinion de Ranvier sur ce point — et vraiment on ne peut faire autrement, puisqu'à plus ample informé, l'observation plaida en sa faveur, alors que la théorie seule est contraire à l'opinion soutenue par M. Hillemand — son hypothèse, *la sienne propre*, est là en défaut, puisque les éléments musculaires viennent du feuillet moyen. A moins de soutenir que le feuillet moyen n'est qu'un dérivé de l'externe (ce qui paraît fort douteux surtout chez l'homme), il n'y a pas moyen de tourner la difficulté. Et pourtant M. Hillemand la tourne ; c'est précisément à cause de la façon dont il s'en débarrasse

que nous n'avons pas cru devoir passer sous silence cet argument contraire, qui, d'ailleurs, n'a peut-être pas toute l'importance que nous paraissons, dans cette discussion, lui donner. A notre avis, il va trop loin, beaucoup trop loin, en disant que M. Ranvier a dû se tromper. Quoi qu'il en dise, il n'est pas du tout permis de faire pareille supposition ; ou alors... Mais nous avons déjà trop insisté.

Ceci dit, nous devons ajouter encore qu'il exagère en affirmant qu'à dater de son apparition dans l'arbre zoologique, le *mésoderme dépossède les feuillets primaires de la faculté qu'ils avaient de donner naissance à certains tissus, comme le tissu muscululaire*. Avec lui, nous admettons que l'argument de Kölliker (à savoir le mode de développement des cellules myo-épithéliales, chez l'Hydre d'eau douce, au dépens de l'épiblaste) ne prouve rien à son point de vue, puisque l'Hydre d'eau douce est un Cœlentéré et que les Cœlentérés sont des animaux *diploblastiques*.

Mais, que répondra-t-il pour expliquer le fait suivant? Le *Pholas Dactylus* est un Mollusque et partant un animal *triploblastique* ; or, de son épiderme dépendent (par conséquent c'est son épiblaste qui les a fournies) des *cellules musculaires lisses*, contractiles, etc. (R. Dubois, prof. de physiol. à la Faculté des sciences de Lyon, ancien préparateur de P. Bert ; communications à l'*Ac. des Sc.*, 5 août et 11 nov. 89, p. 234 et 748, et au *Cong. de Phys.* de Bâle). A moins de nier purement et simplement le caractère musculaire de ces cellules, il nous semble qu'il n'y a pas moyen de tourner la difficulté pour faire plaisir à la théorie. Et nous sommes convaincu qu'en cherchant on trouverait d'autres faits du même genre. Pourquoi nier aussi les observations des frères Hertwig, embryologistes *di primo cartello* ? C'est par trop commode de ne pas admettre les observations qui gênent votre théorie.

Le chapitre suivant où il s'agit d'Histologie physiologique et pathologique intéressera davantage les médecins, car il rentre mieux dans le cadre habituel de leurs études. Aussi M. Hillemand l'a-t-il traité avec plus de compétence. Mais que d'exagérations n'y trouve-t-on pas aussi ! Nous ne pouvons les relever toutes. En voici une entre autres et nous la citons parce qu'elle est plutôt d'ordre biologique que médical.

« Gegenbaur et Debierre, dit M. Hillemand, ont décrit la transformation des cellules de la notocorde en cellules cartilagineuses. Si cette transformation cartilagineuse est confirmée, ajoute-t-il, cela prouvera simplement que son origine est mésodermique et non endodermique, comme on tend à l'admettre aujourd'hui. » Or tous ceux qui sont au courant des recherches embryologiques modernes savent que l'on s'accorde généralement à reconnaitre aujourd'hui l'origine hypoblastique de la notocorde. M. Hillemand a tort quand il veut que la théorie soit plus forte que les faits, que l'hypothèse l'emporte sur l'observation d'hommes comme Balfour, M. Duval, etc. Si du moins il apportait des faits personnels, au lieu de raisonnements, car enfin personne n'est infaillible ! Mais il force encore trop les faits quand il veut discuter l'origine ectodermique de l'œsophage, en se basant seulement sur la forme aplatie de son épithélium. Il aura beau faire : des considérations absolument théoriques ne prévaudront jamais contre des observations répétées et minutieuses.

Il y aurait bien d'autres points à relever, par exemple le parti pris, en vertu duquel M. Hillemand ne veut pas admettre la transformation possible du tissu conjonctif en tissu osseux, qu'il s'agisse de l'état normal ou de l'état pathologique. — Mais il faut à tout prix nous borner. Poursuivre plus loin la critique, quand elle doit être aussi précise que l'exige un tel sujet, serait fastidieux pour le lecteur. Aussi, s'il désire juger par lui-même, l'engageons-nous à lire avec grande attention cette thèse très méritoire, qui émerge si nettement au-dessus du flot de toutes ces paperasses griffonnées pour les besoins d'un examen inutile, d'une formalité banale, vestige de préjugés d'antan. Nous engageons les étudiants à y jeter les yeux, parce qu'ils verront qu'il y a encore des jeunes qui ont plaisir à discourir, comme au bon vieux temps, sur des choses qui ne sont pas du ressort de la clientèle, de la lutte pour la vie ; qui ne s'en cachent pas (ce qui est plus sérieux qu'on ne pense) ; qu'il y a encore des passionnés qui aiment la science par amour de la Science et non pour l'amour... des places ministérielles ou autres. Nous le disions au début et le répétons à dessein ici : il faut aujourd'hui un certain courage pour *travailler* comme l'a fait notre ami. Si cet article, écrit dans le but de ne pas laisser attaquer, sans rien répondre, des idées qui nous paraissent plus conformes à la réalité et qui sont, en partie seulement, opposées à celles, trop absolues, de M. Hillemand, peut attirer l'attention sur cette œuvre très digne de remarque, nous aurons au moins, comme Titus, la douce illusion de n'avoir pas perdu la soirée pendant laquelle nous avons rédigé ces quelques réflexions. La part de la critique est trop grande : Voilà nos seuls regrets. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. VERNEUIL étudie les *pneumocèles scrotales*. Le scrotum devient parfois le siège d'une tuméfaction diffuse ou circonscrite, ayant pour cause anatomique la présence de gaz infiltrés ou collectés et pour signe pathognomonique la sonorité à la percussion, avec ou sans crépitation gazeuse (Emphysème des bourses ou de la tunique vaginale ou mieux pneumocèles scrotales). Il y a deux variétés : pneumocèle sous-cutanée et pneumocèle vaginale ou séreuse ; les deux variétés peuvent coexister. Les gaz épanchés sont de deux ordres : ou bien ce sont les éléments de l'air atmosphérique, oxygène, azote, acide carbonique, dans des proportions différentes de celles do l'air normal (pneumocèle aérienne) ; ou bien ce sont des mélanges contenant soit des gaz intestinaux, soit des gaz se rencontrant dans la gangrène et dans les abcès fétides, les microbes se trouvant alors en grande quantité (*pneumocèle bactérienne*). Les premiers gaz n'exercent aucune influence délétère ; aussi la pneumocèle aérienne est-elle bénigne. Au contraire, les gaz putrides, accompagnés de microbes, provoquent une inflammation de mauvaise nature avec les symptômes d'une septicémie intense pouvant amener la mort : aussi la pneumocèle bactérienne est-elle maligne.

Les pneumocèles scrotales sont toujours précédées par une lésion qui siège dans le scrotum lui-même ou dans une région plus ou moins distante. (Plaies du scrotum avec introduction d'air, hématocèles ou hydrocèles ponctionnées, blessures des voies aériennes et des cavités adjacentes de la tête et du cou, blessures de l'intestin, plaies compliquées d'emphysème aérien ou bactérien s'infiltrant jusqu'au scrotum, phlegmons des régions voisines du scrotum). La pneumocèle aérienne s'accompagne de phénomènes locaux sans importance ; la pneumocèle bactérienne, au contraire, évolue comme les phlegmons et même comme la gangrène gazeuse. Le traitement est à peu près nul dans la première : il doit être précoce et énergique dans la seconde (incisions, résections et même castration).

M. Verneuil cite un exemple de pneumocèle aérienne et deux cas de pneumocèle bactérienne. Dans ces derniers, il a trouvé des microcoques et des bactéries : l'opération a fait cesser les accidents, mais les malades sont restés dans un état d'affaiblissement rappelant la convalescence des maladies infectieuses.

M. A. Griffiths a découvert, dans la putréfaction des oignons, un *Bacille produisant une ptomaïne*. C'est un microbe chromogène, formant un pigment vert à la surface des oignons pourris. Il décompose les albuminoïdes (végétales et animales) avec formation d'une ptomaïne entre autres produits : cette ptomaïne a pu être isolée ; elle cristallise et elle possède une odeur d'aubépine ; elle est probablement une hydrocoridine.

M. Gessard décrit les *fonctions chromogènes du Microbe pyocyanique*. Ces fonctions varient avec le milieu. Dans le bouillon de bœuf ou de veau, le microbe produit, à côté de la pyocyanine soluble dans le chloroforme, un pigment vert fluorescent insoluble. Cultivé dans l'albumine d'œuf, le microbe ne fabrique plus de pyocyanine, mais il continue à produire le pigment vert ; au contraire, cultivé dans l'albumine peptonisée, il ne donne que de la pyocyanine. Le *Bacillus fluorescens liquefaciens* et le *Bacillus fluorescens putridus* donnent un pigment analogue à celui du *Bacillus pyocyaneus*.

M. A. Chatin fait l'*étude chimique de la Truffe*.

M. J. Chatin communique les résultats de ses recherches sur les *cellules initiales de l'ovaire chez les Hydres d'eau douce*.

M. A. Gaudry fait l'histoire du *Dryopithecus*, singe de l'âge miocène.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er mars 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Remy St-Loup. — *Observations sur les matières colorantes de l'Aplysie.* — On sait que les Invertébrés contiennent un certain nombre de pigments disséminés dans le tégument externe et les différents organes. Le foie de l'aphysie, traité par l'alcool, dans une solution d'un vert intense qui présente au microscope les sept bandes d'absorption caractéristiques d'une solution alcoolique de chlorophylle végétale. Le tube digestif donne les mêmes réactions que l'on retrouve d'ailleurs dans les algues marines qui servent de nourriture à l'animal. Il s'ensuit que le vert de l'Aplysie est très semblable à la chlorophylle végétale. A l'examen histologique, on constate que les canaux intestinaux pleins de débris d'algues pénètrent dans le foie. Une glande spéciale à l'Aplysie et qui a été considérée comme une annexe de l'appareil reproducteur serait, d'après M. St-Loup, destinée à sécréter de l'iode qu'elle contient sous forme d'iodure.

M. Vincent. — M. Darier, puis M. Wickham ont decrit dans l'acné et la maladie de Paget du mamelon, des *parasites* particuliers appartenant au groupe des Coccidies : MM. Malassez et Albarran ont signalé des parasites semblables dans l'*épithélioma*. J'ai retrouvé des figures semblables dans un très grand nombre d'épithéliomas pavimenteux. Ce sont des corps intra-cellulaires à membrane nette, présentant un noyau qui peut manquer et des granulations pigmentaires variables. La cellule qui porte le parasite a son protoplasma et son noyau refoulés plus ou moins. Ces corps sont très difficiles à colorer ; il faut traiter les coupes par l'ammoniaque, pour ramollir la capsule, et colorer ensuite à la safranine.

M. Malassez. — M. Vincent vient de nous dire que la découverte des psorospermies dans la psorospermose folliculaire végétante était due à M. Darier, qu'ensuite moi, comme d'autres observateurs, en avions constaté dans les tumeurs épithéliales. C'est l'inverse qui s'est produit ; j'ai commencé par trouver des psorospermies dans les épithéliomas, et, cela, bien avant qu'il ne soit question de la psorospermose folliculaire végétante ; puis, instruit par ces premières recherches, j'ai pu reconnaître la véritable nature de cette affection sur des coupes faites par M. Darier et qu'il m'avait prié d'examiner n'arrivant pas à les comprendre. C'est alors seulement que M. Darier, ayant vu mes préparations de psorospermose de foie de lapin, d'acné varioliforme et d'épithélioma, s'est occupé de ces questions et qu'il s'est trouvé à même de découvrir à son tour une nouvelle psorospermose : celle qui constitue la maladie de Paget.

M. Guignard décrit un *Bacille marin* qui se trouve sous forme de bâtonnets articulés ou de masses zoogléiques.

M. Gréhant a remarqué, au cours de ses *expériences sur l'acide cyanhydrique*, que ce poison, qui détermine des convulsions cloniques très violentes quand on le donne à fortes doses, peut tuer sans convulsions quand il est donné en solution très faible.

M. Dupuy. — M. Weismann, dans son livre sur l'hérédité, nie absolument que *les mutilations expérimentales peuvent être reproduites héréditairement*. M. Brown-Séquard a montré pourtant, il y a longtemps, qu'on pouvait rendre l'épilepsie traumatique héréditaire chez le cobaye. J'ai noté que la destruction du ganglion sympathique cervical chez le cobaye produisait des lésions oculaires qui se retrouvent chez les descendants. Ils présentent de plus une inégalité des hémisphères assez marquée ; le cerveau s'atrophie du côté opéré chez les cobayes auxquels on sectionne le sympathique au cou, et cette atrophie se retrouve chez leurs descendants.

MM. P. Blocq et Marinescu. — Nous venons de pratiquer, au Laboratoire de la Salpêtrière, l'examen anatomique de pièces provenant d'un malade atteint de la *maladie de Friedreich*. A cette occasion, nous rappelons que la communication qui a été faite sur le même sujet, par MM. Letulle et Vacquez, à la dernière séance de la Société de Biologie (V. *Bulletin médical*, 1890, p. 193), a trait à un malade que l'un de nous, non seulement a observé pendant 3 ans, ainsi que l'ont dit ces auteurs, mais dont il a également été appelé à pratiquer l'autopsie, avec les soins spéciaux que comporte ce genre de recherches. Les faits principaux qui ressortent de notre examen, dans le cas dont nous parlons aujourd'hui, sont les suivants :

La moelle est considérablement atrophiée ; la diminution de volume porte non seulement sur le diamètre transversal, mais encore sur le diamètre antéro-postérieur, de plus, cette atrophie est irrégulière, en ce sens que dans la même région, les mensurations diffèrent considérablement aux parties supérieure, moyenne et inférieure.

La lésion, dans les coupes transversales, occupe : *a*, à la région lombaire, les faisceaux pyramidaux et la presque totalité des faisceaux postérieurs, sauf la zone antéro-externe ; *b*, à la région dorsale, les faisceaux pyramidaux et cérébelleux directs, et la totalité des faisceaux postérieurs, sauf une bande étroite qui borne la corne postérieure, enfin les colonnes de Clarke ; *c*, à la région cervicale, les faisceaux pyramidaux, cérébelleux directs, de Goll et de Burdach ; *d*, dans le bulbe, les cordons grêles, les cordons cérébelleux, le cordon cunéiforme. Si l'on considère chaque faisceau en particulier, on voit que : le cordon de Goll est atteint dans sa totalité ; le faisceau de Burdach est pris irrégulièrement jusqu'à l'entre-croisement des pyramides ; les faisceaux pyramidaux croisés sont altérés dans leur totalité, mais la lésion décroit de bas en haut jusqu'à la décussation ; les faisceaux cérébelleux sont atteints

depuis la région dorsale inférieure ; le faisceau de Gowers n'est pas altéré, du moins dans les limites qui lui ont été attribuées ; la partie de la moelle qui dans la région lombaire inférieure correspond à la zone de Lissauer (on sait que cette zone n'a été étudiée que dans la région lombaire supérieure) est atteinte, mais plus haut les zones de Lissauer sont complètement respectées ; la zone marginale externe est indemne ; les zones de Clarke sont profondément altérées dans toute leur étendue (fibres fines et cellules).

Les lésions histologiques portent non seulement sur les parties altérées en apparence, mais encore sur les régions qui semblent saines, car les fibres grosses y sont bien moins abondantes. La lésion consiste en la disposition des tubes, en l'altération des fibres fines et des cellules de Clarke, en l'épaississement de la névroglie, et en une formation de tissu fibrillaire qui n'est pas en rapport avec les tractus pie-mériens.

Il existe, de plus, une lésion des faisceaux qui n'a pas encore été signalée et qui consiste en des dilatations vasculaires de forme lacunaire, symétriquement réparties dans le tissu scléreux.

De notre étude, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La moelle présente une diminution de volume supérieure à ce qu'ont noté les auteurs jusqu'à présent.

2° La distribution des lésions est à peu près semblable à ce qu'on a déjà constaté ; toutefois elle en diffère en ce que la zone de Lissauer, au moins dans la région lombaire inférieure et moyenne, est envahie.

3° La maladie de Friedreich se distingue du tabes, par sa topographie (atteinte de certaines parties des faisceaux latéraux) et par la nature de ses lésions.

4° Elle se différencie des tabes lombaires, en ce que la sclérose y est plus systématique et qu'elle obéit aux lois de la dégénérescence, ne se propageant pas par la continuité des tractus pie-mériens.

5° La maladie de Friedreich, au point de vue de sa nature, serait le résultat d'une prédisposition morbide, héréditairement transmise à l'axe spinal, et qui s'y réaliserait matériellement par une altération primitivement vasculaire. L'atteinte circulatoire tiendrait sous sa dépendance l'atrophie de l'organe en même temps que la sclérose.

En résumé, il s'agit d'une maladie d'évolution caractérisée par une sclérose spéciale occupant systématiquement des régions exactement déterminées de la moelle épinière.

Au sujet des remarques qui ont été formulées par M. Déjerine, à l'occasion de la communication de MM. Letulle et Vacquez, sur les enseignements que comportaient la comparaison des signes et des lésions dans le tabes et dans la maladie de Friedreich, c'est-à-dire quant à l'hypothèse que la différence des troubles de la sensibilité ressortirait de l'altération inégale des racines postérieures, dans l'un et l'autre cas, et peut-être de l'intégrité des nerfs périphériques dans la maladie de Friedreich, nous croyons qu'on ne saurait souscrire sans réserve à cette opinion.

Nous ferons observer en effet :

1° Que nombre de tabétiques, ayant souffert de douleurs fulgurantes, n'ont pas présenté, à l'autopsie, de névrites périphériques (Pitres).

2° Que, réciproquement, dans les cas très fréquents de névrites constatées après la mort, on n'avait pas noté dans les observations de douleurs fulgurantes.

3° Que ces douleurs n'existent, en réalité, avec les caractères spéciaux que leur a décrits Duchenne, que dans le tabes avec ou sans névrites.

4° Que l'inégale distribution des altérations des racines postérieures, dans la maladie de Friedreich, ne peut constituer un argument de grande valeur, en raison du nombre infime de cas où elle a été constatée (dans notre observation, en particulier, les racines postérieures sont aussi lésées que dans le tabes).

5° Ces considérations ne permettent donc pas de se rendre un compte suffisant du contraste de la différence des troubles de la sensibilité, avec l'analyse des lésions des cordons postérieurs dans le tabes et la maladie de Friedreich.

6° Ce serait, à notre avis, la nature différente d'un processus topographiquement semblable qui expliquerait le mieux cette apparente contradiction, le tabes étant, comme on sait, lié à un processus *inflammatoire*, alors que la maladie de Friedreich est sous la dépendance d'un processus *évolutif*.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. BERTRAND (de Toulon) décrit le *frottement périhépatique* qu'on observe dans les *abcès du foie*. On le perçoit avec l'oreille et la main dans le 7e ou 8e espace intercostal. Le plus souvent il est causé par l'inflammation péritonéale, quelquefois aussi par la pleurésie sèche, mais sa valeur reste la même, cette dernière étant secondaire. Il peut précéder de quelques jours l'œdème de la paroi et permet d'affirmer l'abcès si les symptômes actuels se rapportent à l'hépatite. Le maximum du frottement correspond au maximum de la douleur, et c'est là que commence à se montrer l'œdème. Il indique de plus que le foie est fixé à la paroi, ce qui est important au point de vue chirurgical.

M. MOISSAN expose ses recherches sur les *propriétés anesthésiques de fluorures d'éthyle et de méthyle*. Le fluorure d'éthyle ne semble pas posséder de propriétés anesthésiques, et, s'il en possède, la zone maniable est très peu étendue et le gaz devient rapidement toxique. Le fluorure de méthyle peut beaucoup mieux produire l'anesthésie. De plus, l'action du fluorure de méthyle permet d'établir un curieux parallélisme entre les produits similaires chlorés et fluorés ; les propriétés anesthésiques qui leur sont propres sont tout à fait comparables entre elles.

M. LABORDE étudie l'action comparée de l'*iodure de sodium et de l'iodure de potassium*, auquel on a cherché depuis quelques années à le substituer. Mais cette substitution repose sur une erreur physiologique. L'iodure de sodium est à peu près inerte, tandis que l'iodure de potassium, comme l'ont montré MM. Sée et Lapicque, possède une action manifeste sur le système nerveux central. — Comment l'iodure de potassium agit-il sur le cœur? Il n'a aucune action sur le muscle cardiaque lui-même, pas plus que sur la contractilité d'aucun muscle. L'erreur à cet égard vient d'un vice d'expérimentation. Il faut examiner l'état de la contractilité musculaire, seulement après le passage du médicament dans le sang. De cette façon, il a reconnu que l'action de l'iodure de potassium sur le cœur ne se produisait que consécutivement à celle sur le système nerveux central. La conclusion, c'est que l'expérimentation physiologique doit toujours servir de guide au thérapeute et qu'il ne faut pas inférer de l'isomérie de deux substances à leur identité d'action.

M. G. SÉE annonce qu'il communiquera dans la prochaine séance, à l'appui de l'opinion de M. Laborde, des faits cliniques et expérimentaux montrant que la caféine n'agit pas non plus directement sur le cœur, mais seulement par l'intermédiaire du système nerveux central.

Elections de deux correspondants nationaux. — Sont élus: MM. HENROT (de Reims), par 55 voix sur 62 votants, et VILLARD (de Marseille), par 43 voix sur 63 votants.

La liste de présentation pour une place vacante d'*associé libre* est dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lereboullet; en 2e ligne. M. Rivière; en 3e ligne, M. Michon; en 4e ligne, *ex æquo*, MM. Corlieu et Blache ; en 5e ligne, M. Galezowski.

Commissions de Prix pour 1890. — *Prix de l'Académie:* MM. Hardy, Vidal, Besnier. — *Prix Alvarenga:* MM. Javal, Laboulbène, Sée (Marc). — *Prix Amussat:* MM. Guérin, Cusco, Rochard. — *Prix Barbier:* MM. Empis, Leblanc, Le Roy de Méricourt. — *Prix Buignet:* MM. Gautier, Gariel, d'Arsonval. — *Prix Capuron:* MM. Tarnier, Fournier, Budin. — *Prix Civrieux:* MM. Villemin, Jaccoud, Peter. — *Prix Daudet:* MM. Sée (Germain), Bouchard, Guéniot. — *Prix Desportes:* MM. Moutard-Martin, C. Paul, Dujardin-Beaumetz. — *Prix Falret:* MM. Charcot, Ball, Blanche. — *Prix Godard:* MM. Ranvier, Ollivier, Lancereaux. — *Prix Herpin:* MM. Larrey, Verneuil, Trélat. — *Prix*

Laborie : MM. Le Fort (Léon), Labbé, Lannelongue. — *Prix Laval :* MM. Brouardel, Regnauld, Tillaux. — *Prix Lefèvre :* MM. Luys, Potain, Mesnet. — *Prix Meynot :* MM. Panas, Richet, Le Dentu. — *Prix Monbinne :* MM. Nocard, Polaillon, Worms. — *Prix Orfila :* MM. Colin (Léon), Proust, Cornil. — *Prix Perron :* MM. Féréol, Duval, Hérard. — *Prix Portal :* MM. Duplay, Guyon, Bucquoy. — *Prix Pourat :* MM. Marey, Laborde, Hayem. — *Prix St-Paul :* MM. Sappey, Bourdon, Magitot. — *Prix Stanski :* MM. Trasbot, Siredey, Robin. — *Prix Vernois :* MM. Goubaux, François Franck, Lagneau.

Paul SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 Février 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. BALLET fait une communication sur *les idées de persécution dans le goître exophtalmique.* Les désordres intellectuels (accès d'agitation maniaque le plus souvent et quelquefois troubles dépressifs) ont été signalés depuis un certain nombre d'années déjà parmi les troubles nerveux qu'on observe au cours du goître exophtalmiquo, soit à titre de complications, soit à titre de manifestations associées. L'observation suivante montre qu'une sorte de délire de persécution peut se développer dans la maladie de Basedow, et comment on peut essayer de préciser la genèse de ces idées. Il s'agit d'un malade déjà montré, présentant avec des symptômes caractéristiques de goîtro exophtalmique des paralysies des nerfs moteurs bulbaires. Il présente, en outre, une forme particulière de délire des persécutions. La méfiance est le trait dominant de son caractère ; c'est un persécuté, car il circonscrit parfaitement son délire, et, parmi ses persécuteurs, il en est trois qu'il accuse particulièrement : son père, M. le Dr Debove et M. Ballet. Il a été conduit par ses idées délirantes à une tentative d'homicide sur son père et à une tentative de suicide. Ces idées pathologiques ont leur raison d'être, et il est important d'en rechercher la genèse et la filiation. Chez ce malade, comme chez la plupart des persécutés, les hallucinations ont été le point de départ de son délire. Ces hallucinations sont visuelles et auditives, elles paraissent avoir été plusieurs fois olfactives. Les rêves interviennent en outre pour favoriser leur éclosion. Quelle est la nature de ce délire? On peut éliminer sans hésitation la psychose systématique progressive, à cause de l'évolution de la maladie et par ce fait que les hallucinations visuelles prédominent tandis qu'elles sont exceptionnelles dans le délire vrai. On pourrait aussi penser au délire toxique. Mais, chez notre malade, rien n'autorise à admettre une intoxication alcoolique ou autre. Le délire dériverait donc, soit du goître, soit de l'hystérie. Chez le malade, les hallucinations ont précisément les caractères des hallucinations hystériques. Est-ce à dire que l'hystérie soit seule en cause et que le goître n'a pas d'action ? Nous ne le croyons pas et l'état d'esprit bizarre, fantasque que développe le goître exophtalmique, est l'élément secondaire qui a amené le délire de persécution. Il faut, en un mot, pour créer ce délire de persécution, deux éléments : l'hystérie crée l'hallucination, le goître exophthalmique s'en empare et s'en sert pour réaliser les idées de persécution. Telle est l'interprétation provisoire qui se dégage pour nous de l'étude de ce fait.

M. RENDU. — M. Ballet a fait allusion, à propos des idées de persécution provoquées par le goître, à une de mes malades. Celle-ci n'a jamais présenté les phénomènes de l'hystérie vraie, mais elle a eu un fils qui vient de mourir dans une maison d'aliénés.

M. BALLET. — Cela viendrait encore à l'appui de mon opinion que ces folies sont des folies associées. Il est encore douteux que le goître exophtalmique puisse à lui seul provoquer des hallucinations identiques à celles qu'on trouve dans l'alcoolisme ou l'hystérie. Si on prouve un jour que ces hallucinations peuvent exister dans le goître, en dehors de l'état hystérique, le doute n'aura plus de raison d'être.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Ballet si tous les cas de goître exophtalmique qu'il a observés ne se sont pas développés chez des gens à antécédents nerveux.

M. BALLET. — Certainement.

M. DUPONCHEL présente un malade dont les *veines périphériques présentent une induration* peu connue qui les fait ressembler à des artères athéromateuses. Depuis 1881, son attention est attirée par des faits de ce genre et il en a rencontré de nombreux cas. Un malade identique a été présenté à la Société anatomique de Bordeaux par M. Bitot. Quelle est la nature de ces indurations veineuses? On peut penser à une périphlébite, à un processus chronique analogue à celui de l'athérome artériel. Dans les antécédents de ces malades, l'arthritisme a été signalé deux fois. Chez les deux autres, rien. Celui de M. Bitot présentait à la fois l'alcoolisme, la syphilis et l'impaludisme. Cette modification des veines peut servir à faire accepter comme vraies les douleurs dont quelques soldats se plaignent après l'exercice ou l'équitation, douleurs qu'on regardait souvent jusqu'ici comme simulées.

M. LETULLE a observé un cas semblable chez un malade atteint de tuberculose avancée.

M. HAYEM a rencontré l'état dont parle M. Letulle chez tous les marastiques. Il avait attribué cet état des veines à la rétraction de ces vaisseaux, par suite de la diminution de la masse totale du sang. Mais, dans ces cas, il n'y a pas de douleurs. Chez les malades de M. Duponchel, il s'agit probablement de périphlébite diffuse.

M. BARRIER lit une note sur *quelques formes de délire partiel au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.* Ces variétés de délire partiel peuvent affecter deux formes : celle du délire de persécution, celle du délire religieux. La première se développe toujours en pleine période fébrile, les conceptions délirantes sont assez variées, mais l'idée dominante est la crainte qu'ont les malades d'être empoisonnés. Hallucinations de l'ouïe fréquentes. Quelques-uns gardent un mutisme obstiné. La durée du délire est de 11 à 34 jours. Le pronostic est favorable, le délire disparaît sans laisser de traces(1). Le diagnostic n'est difficile que lorsque le délire est initial. La 2e forme s'est présentée deux fois à M. Barrier chez des héréditaires. Les troubles cérébraux ne cessèrent qu'avec la fièvre, mais les deux malades restèrent aliénés. Les hypnotiques sont restés sans action, seul l'opium à haute dose (0 gr. 15 à 0 gr. 80) a amené un peu de calme.

M. TALAMON lit une note sur les *déformations globulaires et flagellaires des globules rouges du sang sous l'influence de la chaleur.* — Sous l'influence d'une chaleur douce, les globules se modifient par étirement, prennent une forme en bissac, en sangsue, en chapeau de gendarme, en croissant ; ils conservent leur hémoglobine. Le globule se fragmente en un certain nombre de fragments homogènes arrondis ou ovalaires, dont la forme peut changer. Ceux qui prennent le type de la déformation flagellaire affectent les mêmes formes qu'a décrites, dans une précédente séance, M. Hayem à propos de l'anémie extrême. Ces déformations semblent se produire par l'action progressive de la chaleur.

L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. DUBREUIL adresse une note sur un cas de *kyste hydatique de la mamelle.*

Suite de la discussion sur le traitement de l'endométrite par le curettage utérin.

M. RICHELOT tient à répéter que M. Lucas-Championnière exagère, quand il dit que si une femme souffre dans le ventre elle a les annexes malades. Il y a des femmes qui n'ont qu'une métrite et qui souffrent cependant.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE maintient ce qu'il a affirmé déjà. Les maladies utérines ne sont pas douloureuses ; quand il y a douleur, c'est que les annexes sont prises. Quand on fait un curettage, alors qu'il y a des douleurs vives, on n'obtient rien ; les douleurs persistent.

M. TERRIER faisait autrefois, beaucoup plus fréquemment

(1) Nous possédons une observation très nette de cette variété de délire (période d'état de la fièvre typhoïde), rédigée par le sujet lui-même (souvenir très précis chez le malade) et le médecin traitant. (Marc. B.).

que maintenant, l'amputation du col pour la métrite cervicale. Ainsi, en 1888, il a fait cinq grattages purs et seize grattages avec amputation du col pour endométrites. Ayant vu à cette manière de faire des inconvénients, il ampute aujourd'hui beaucoup moins; aussi, en 1889, n'a-t-il fait pour endométrites que 6 grattages avec amputations du col et 24 grattages simples. On voit que les proportions sont renversées. L'inconvénient qui l'a déterminé à changer est l'*atrésie du col* qu'on observe assez fréquemment après l'amputation du col, même la mieux faite. Il ne veut pas s'appesantir sur ce point qui mériterait une discussion spéciale, mais il tenait à le signaler.

M. Richelot a vu, lui aussi, (3 ou 4 fois) des atrésies du col après l'amputation du col; mais il maintient que cette atrésie est rare après l'opération de Schrœder. En tous cas elle est très facile à dilater.

M. Terrier. — Parfaitement, elle est facile à dilater; mais elle n'est pas rare.

M. Trélat. — Je veux démontrer ici, pour réfuter l'opinion émise par M. Lucas-Championnière, que les maladies utérines sont douloureuses par elles-mêmes. Il y a des douleurs abdominales qui ne dépendent pas de l'endométrite; elles ont d'ailleurs un siège différent et des caractères spéciaux, mais il y a des douleurs propres à l'endométrite. C'est ce qui nous permet de poser un bon diagnostic. Non seulement les endométrites sont douloureuses par elles-mêmes, mais elles ont une action réelle sur l'état général. D'autre part, il y a des douleurs pelviennes qui disparaissent par le grattage utérin; donc elles étaient dues à la métrite (1). M. Trélat cite des observations à l'appui. (Voir la thèse de Mlle Finkelstein). Sur 21 cas d'endométrites compliquées de salpingo-ovarites, 4 fois la tumeur salpingienne a disparu et 3 fois elle a diminué et est redevenue indolente.

En tous cas, M. Trélat est d'avis de commencer par l'opération la moins grave, le curettage. Certainement, les vieilles salpingites ne sont pas dans la majorité des cas modifiées par le grattage utérin, mais il faut quand même essayer. Abstraction faite des cas d'urgence par suite du volume, de la rupture imminente ou effectuée des tumeurs salpingiennes, ou par suite d'accidents fébriles renouvelés et pressants, il faut d'abord faire le traitement de l'endométrite avant de recourir à l'extirpation des annexes.

M. Terrillon lit un rapport sur une *opération d'Alexander pour rétroversion utérine*, faite par M. Lagrange (de Bordeaux).

Femme de 28 ans, qui, à 24 ans, a eu une grossesse normale. Suites de couches mauvaises. Chute quelque temps après et depuis ce temps douleurs assez vives; travail impossible. Le cul-de-sac vaginal postérieur est occupé par le fond de l'utérus. L'utérus est *mobile*. Le 8 mai 1889, opération d'Alexander. Les ligaments ronds sont assez volumineux. M. Lagrange les fixe de chaque côté par six points de catgut, 3 en dedans, 3 en dehors. Guérison. Disparition des douleurs pelviennes. Revue en juillet 1889, très bon état. En octobre 1889 (5 mois après) guérison persistante; utérus en antéversion assez prononcée.

M. Terrillon fait remarquer qu'ici l'indication opératoire était nette: *utérus mobile*. C'est là d'ailleurs l'indication unique de l'Alquié-Alexander. Dans les autres cas, en effet, elle échoue. M. Terrillon a employé le procédé de fixation de M. Lagrange et cependant il a eu un échec. M. Terrillon remarque aussi que M. Lagrange n'a pas recommandé l'usage de pessaires ni de tampons après l'opération; il croit que c'est un tort. Cinq mois, d'autre part, ne constituent pas un temps suffisant pour affirmer que la guérison est radicale. L'opération peut manquer dès les premiers mois; mais un résultat négatif peut être observé bien plus tard. Il possède une observation dans laquelle l'utérus retomba 11 mois après l'opération. M. Terrillon cite alors une observation personnelle:

1er cas: Femme de 24 ans; rétroflexion avec rétroversion très prononcée. Depuis plusieurs années, phénomènes nerveux très accentués. Opération d'Alexander, en octobre 1889, parce que l'utérus était très réductible et parce qu'il y avait impossibilité absolue de supporter le moindre pessaire (Hodge, Thomas). Tamponnement du vagin. — M. Terrillon mit d'abord 2 catguts sur chaque ligament, puis 3 autres sur chacun d'eux. Pelotonnement dans toute sa longueur du bout de ligament raccourci. Guérison le 8e jour. Insuccès rapide total.

Cet insuccès ne peut être dû à l'insuffisance de la suture; le catgut employé était gros et très résistant; on fixa chaque ligament avec 5 fils noués trois fois. Enfin, dans un 2e cas, l'insuccès survint le 11e mois; M. Terrillon insiste à nouveau sur ce mauvais résultat tardif.

M. Trélat a déjà fait 37 ou 38 fois l'Alexander; il ne connaît rien sur les échecs lointains. Pour les échecs survenant dans le cours du premier mois, la cause en est dans l'amincissement et l'atrophie des ligaments qui se rompent. L'échec n'est pas dû au procédé opératoire employé. Au début, il plaçait 3 fils sur chaque ligament; maintenant, il emploie le procédé de M. Segond. Le raccourcissement du ligament, dans une étendue de quatre centimètres, comme l'a fait une fois M. Terrillon, est parfaitement insuffisant; il faut retrancher 10 à 12 centimètres de ligament dans tous les cas. Dans ces conditions seulement, on peut rapprocher l'utérus de la paroi. — Il n'emploie jamais de pessaires après l'opération.

M. Bouilly. — Les récidives sont souvent dues à l'état du plancher pelvien; il faut donc faire des opérations combinées et restaurer le périnée en même temps qu'on redresse l'utérus. Très souvent il y a prolapsus utérin en même temps que rétrodéviations.

M. Schwartz n'a jamais observé de récidives après 3 mois pour l'Alexander. Il persiste à croire que c'est une bonne opération dans les cas d'utérus mobile et facilement réductible. Il préfère la soie au catgut; elle est plus sûre, le catgut se résorbe trop vite.

M. Le Dentu a fait 3 fois l'Alexander; le plancher pelvien était intact dans les 3 cas et l'utérus était réductible. Il raccourcit les ligaments de 10 à 12 millim. environ. Dans un cas, il a fait le nœud de Segond; il eut une récidive rapide au bout de 2 mois. La femme devint alors *enceinte*, quoique l'utérus fût retombé. Chez les deux autres opérées, le succès se maintient. Les récidives éloignées doivent être exceptionnelles. Dans les deux derniers cas, il a fixé les ligaments au *périoste de l'épine du pubis*. Il a multiplié les ligatures.

M. Terrillon est d'avis aussi que l'état du plancher pelvien a une notable importance au point de vue des récidives.

M. Brun fait une communication sur un cas de *kolpocystotomie pour cystite douloureuse chronique avec néphrectomie consécutive pour pyélonéphrite*. Il essaya d'abord de faire une néphrectomie par la voie latérale et n'y put réussir; il prit alors la voie lombaire et fit une néphrectomie sous-capsulaire. Au bout d'un certain temps, il ferma la fistule vésicale. La malade est presque complètement guérie.

Il a rapporté cette observation parce que dernièrement on a dit que la cystotomie contre les cystites chroniques était une erreur chirurgicale.

M. Michaux lit une observation de *kyste de l'ovaire opéré 4 ans auparavant et récidivé*. (Renvoyé à une commission.)

M. Terrier lit la *statistique des opérations qu'il a faites en 1889 à l'hôpital Bichat* (Voir plus haut, page 185).

M. Monod montre une *tête humérale nécrosée englobée dans une capsule articulaire absolument ossifiée*, analogue à un manchon. Cette pièce provient d'un moignon d'un amputé du bras.

Prix a distribuer. — *Prix Demarquay* (1891): *Traitement chirurgical des calculs biliaires*. — *Prix Gerdy* (1891): *Cure radicale des hernies ombilicales*. — *Prix Laborie* (1890): *Opérations portant sur le squelette du pied pour pieds bots congénitaux.*

Marcel Baudouin.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecins des hôpitaux*. — La question donnée à la première épreuve du concours a été: *Albuminurie scarlatineuse*. Les questions restées dans l'urne étaient: *Entérite tuberculeuse* et *Angine diphtérique*.

(1) Si M. Trélat admet que le curettage agit sur l'état des trompes et des ovaires — ce qu'il a dit déjà dans la dernière séance — peut-être pourrait-on ne pas trouver étonnant que ce curettage diminue aussi les douleurs dues aux salpingo-ovarites. En somme, tous ces raisonnements sont peu probants. La constatation de l'état des annexes, dans les laparotomies, a une valeur plus grande, quoiqu'elle ne soit pas exempte de critiques.

VARIA

Faculté de médecine.

(Année scolaire 1889-1890).

Les Cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1890:

Cours. — *Histoire naturelle médicale:* M. BAILLON. Etudes des végétaux qui intéressent la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pharmacologie*: M. REGNAULD. Généralités sur l'administration des médicaments et sur les formes pharmaceutiques qu'elle nécessite. Etude spéciale des bases médicamenteuses d'origine métallique. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre) — *Physiologie*: M. Ch. RICHET. Système nerveux. Nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie chirurgicale:* M. GUYON. Les maladies chirurgicales du tronc. M. SEGOND, agrégé, chargé de cours. Les maladies chirurgicales des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie interne :* M. N... Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie et thérapeutique générales:* M. BOUCHARD. Les maladies non spécifiques. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie expérimentale et comparée*: M. STRAUS. Technique microbiologique. Maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique, 1er étage). — *Hygiène*: M. PROUST. De l'assainissement des villes malsaines. Etiologie et prophylaxie des maladies par troubles de la nutrition. Visites d'établissements industriels. Conférences pratiques au musée et au laboratoire d'hygiène. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Thérapeutique et matière médicale*: M. HAYEM. Les grands médicaments. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Médecine légale*: M. BROUARDEL. Le criminel. Blessures. Empoisonnements. Asphyxies. Lundi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Conférences de médecine légale*: M. BROUARDEL. Exercices pratiques à la Morgue. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques. — *Cliniques médicales*: M. G. SÉE. Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). M. POTAIN. Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). M. JACCOUD. Mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). M. PETER. Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker). — *Cliniques chirurgicales*: M. VERNEUIL. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôtel-Dieu). M. LE FORT. Mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). M. TRÉLAT. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité). M. DUPLAY. Mardi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker). — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale*: M. BALL. Dimanche, jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne). — *Clinique des maladies des enfants.* M. GRANCHER. Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). M. HUTINEL, agrégé, chargé des cours. Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*: M. FOURNIER. Mardi, vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis). — *Clinique des maladies du système nerveux*: M. CHARCOT. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière). — *Clinique ophtalmologique:* M. PANAS. Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hotel-Dieu). — *Cliniques d'accouchements*: M. TARNIER. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). M. PINARD. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique Baudelocque, Maternité, 125, boulevard du Port-Royal). — Visite des malades tous les matins. — *Professeurs honoraires*: MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT, RICHET. *Cours complémentaires.* — *Accouchements*: M. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé. Pathologie de la grossesse. Dystocie. Opérations. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences. — *Chimie:* M. VILLEJEAN, agrégé. Chimie organique médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure (Petit Amphithéâtre). — *Physique*: M. WEISS, agrégé. Applications de l'électricité à la physiologie et à la médecine. Chaleur, acoustique, radiations, actions moléculaires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre). — *Histologie*: M. RETTERER, agrégé. Le système nerveux. Les tissus conjonctif, cartilagineux, osseux. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie externe*: M JALAGUIER, agrégé. Affections chirurgicales de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie interne*: M. DÉJERINE, agrégé. Maladies du système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Anatomie pathologique*): M. LETULLE, agrégé. Anatomie pathologique spéciale. Maladies des organes. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Travaux pratiques. — *Physique*: M. WEISS, agrégé des travaux. Mardi, mercredi et samedi, de 4 h. à 6 heures. — *Chimie:* M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi et samedi, de 8 h. à 10 h. 1/2 du matin. — *Histoire naturelle*: M. FAGUET, chef des travaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin. — *Histologie*: M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi, samedi, de 3 heures à 5 heures. — *Physiologie*: M. LABORDE, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, à 4 heures. — *Médecine opératoire:* M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie pathologique*: M. BRAULT, chef des travaux. Tous les jours, à 2 heures.

Semestre d'été. — *Division des études.* — *Première année*: Physique médicale, chimie médicale, histoire naturelle médicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat): chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année: Physiologie, histologie, pathologie interne, pathologie externe. Travaux pratiques obligatoires (doctorat): physiologie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat): stage hospitalier, physiologie.

Troisième année: Physiologie, histologie, pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, anatomie pathologique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat): stage hospitalier, physiologie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat): stage hospitalier, physiologie, médecine opératoire.

Quatrième année: Pathologie et thérapeutique générales, pathologie interne, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, hygiène, médecine légale, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales, accouchements, maladies des femmes et des enfants, anatomie pathologique. Travaux pratiques obligatoires (doctorat): stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat): stage hospitalier, médecine opératoire.

Le Musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures. — La bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 heures.

Université de Lyon.

(*Tentatives d'organisation*).

Il s'est formé à Lyon une association privée, qui s'appelle la *Société des amis de l'Université lyonnaise*, et compte dans ses rangs les hommes les plus considérables de cette cité. Jusqu'à présent cette société se bornait à subventionner les divers ordres d'enseignement; elle a voulu faire davantage: pour créer un lien de plus entre elle et la population, pour intéresser la ville entière à l'institution universitaire, elle a eu l'excellente idée d'organiser une série de conférences publiques qui se continueront chaque dimanche et dont la première a été faite dimanche dernier par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, et dont la dernière sera faite par M. Jules Simon. M. Liard avait pris pour sujet: « *Universités et Facultés.* » Il a commencé par donner la définition de ce qu'il entendait par Université: une école où est enseignée la science totale, alors qu'une Faculté est une école où l'on n'enseigne qu'une branche de la science; puis il a démontré la tendance qui triomphe aujourd'hui, de substituer le régime des Universités au régime des Facultés, qui était le nôtre depuis 1808. Le conférencier s'est ensuite étendu sur les conditions de la création d'universités indépendantes en France. Le dimanche 3 mars, un banquet réunissait les adhérents de la Société (600 convives). A ce banquet assistaient des membres de diverses Facultés. Nombreux toasts très littéraires. M. Liard s'est emballé: il voit dans tout ce mouvement universitaire extra-parisien une rénovation complète de la vie provinciale! C'est peut-être aller loin. C'est bon, l'enthousiasme pour les bonnes causes. Mais en faut-il tant que cela?

Xe Congrès médical international (Berlin, 4-9 août 1890.)

Exposition médicale, internationale, Berlin, août 1890.

Une exposition médicale et scientifique aura lieu conjointement avec le dixième congrès médical international. Les représentants des Facultés de médecine et des grandes sociétés médicales de l'Empire allemand ont confié à un comité d'organisation la mission d'en faire les préparatifs. Après bien des difficultés, le comité dispose enfin de salles convenables pour l'installation de cette exposition. Nous invitons les exposants à vouloir bien y envoyer leurs appareils, en les priant tout d'abord d'observer que, vu les circonstances et l'espace mis à notre disposition, il n'est possible d'accepter que des appareils de caractère exclusivement scientifique. Les objets suivants sont admis à l'exposition

autant que la place le permettra : 1° Instruments nouveaux ou perfectionnés, appareils de biologie ou d'une application spéciale à la médecine, y compris les appareils de photographie, spectroscopie etc., autant qu'ils peuvent rendre service à la médecine ; 2° Nouvelles substances et préparations chimiques destinées à la pharmacologie ; 3° Médicaments et préparations pharmaceutiques les plus nouvelles ; 4° Nouvelles préparations alimentaires ; 5° Instruments de médecine interne et externe, nouveaux ou perfectionnés, instruments pour les différentes spécialités, y compris l'électrothérapie ; 6° Plans nouveaux et modèles d'hôpitaux, d'asiles de convalescents, d'établissements de bains, d'établissements de désinfection ; 7° Nouveaux appareils pour les malades, infirmes, etc., y compris moyens de transports et bains pour les malades ; 8° Appareils nouveaux d'hygiène. Le comité spécial de l'exposition se compose provisoirement de MM. Paul Dörffel, H. Haensch, Dr J.-F. Holtz, Dr L. Loewenherz, Dr J. Petri, H. Windler et le Dr Lassar, secrétaire général du comité d'organisation du Congrès. Les noms du comité définitif d'exposition et des présidents de groupe, ainsi que les conditions particulières pour les exposants, seront publiés ultérieurement. Nous prions d'adresser toutes les adhésions et demandes au bureau du Congrès (Dr Lassar, Berlin NW. Carlstrasse, 19) avec cette mention sur l'enveloppe : « Affaires d'exposition ». Prière d'y joindre une carte de visite, ou une carte-prospectus indiquant nettement la maison, le nom et l'adresse de l'exposant. Le bureau est ouvert de 5 à 7 heures du soir.

Nous reviendrons ultérieurement sur les avantages que nos fabricants d'instruments de chirurgie retireraient de leur participation à cette exposition, si les médecins français se décident à aller à Berlin. Comme nous l'avons dit, avant de parler du Congrès de Berlin, nous attendrons que la prochaine réunion de l'*Associationde la*] *Presse médicale française* ait eu lieu —Consulter, pour se faire une idée de ce genre d'exposition, la description de celle d'Heidelberg, que nous avons faite en septembre dernier dans ce journal.

Les Congrès de l'Expositon de 1889. — Impressions et souvenirs d'un étranger (1).

M. le Pr Benedikt (de Vienne), un de ceux qui n'ont pas craint de venir d'Autriche à Paris en 1889, a publié, à la fin de l'année dernière, un petit opuscule : *Aus der Pariser Kongresszeit* (Paris au temps des Congrès, ou mieux : l'époque des Congrès à Paris), dont bien des Français devraient lire au moins les dernières pages. Tout le monde sait quelles sont les sciences favorites du Pr Benedikt, psychologue et neuropathologiste aussi distingué qu'anthropologue éminent. Mais si nous ne voulons rien dire des réflexions qu'ont pu lui suggérer les quelques congrès auxquels il a pris part, nous ne pouvons résister au plaisir de signaler ses appréciations sur les salons médicaux parisiens. Il faut lire dans l'original, dans cette langue allemande qui brave parfois la modestie, cette étude des femmes de certains médecins français. M. le Pr Benedikt, séduit par les parisiennes, s'écrie : «*Zeige mir Deine* (avec un grand D) *Frau und ich sage dir, wer du bist !* (2) » Honni soit qui mal y pense, à notre étonnement. D'ailleurs les Français en ont peut-être fait autant, lorsqu'ils sont allés au Congrès de Vienne ; mais.... ils n'en ont rien fait savoir en France.

L'incident de l'Hôpital de la Pitié.

Les journaux ont raconté un prétendu « conflit administratif » qui se serait élevé entre M. le professeur Lefort, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, et M. Evrard, commissaire de police du quartier Saint-Victor. Voici les faits dans leur exactitude : Le 28 janvier dernier, M. Louis Romain était renversé rue de Jussieu par un camion. Il fut transporté à l'hôpital de la Pitié dans un état si peu grave qu'il en sortait tout à fait rétabli le surlendemain. Le commissaire de police, en vertu des articles 43 et 50 du Code d'instruction criminelle, qui lui donne le droit de requérir les médecins ou chirurgiens pour examiner les blessés et faire connaître l'incapacité de travail qui peut résulter des blessures, demanda à la direction de la Pitié un rapport sur l'état du blessé. Celui-ci ayant été placé dans le service de M. le professeur Lefort, le chef de clinique, M. le docteur Beurnier, fut chargé de la rédaction de ce rapport, mais il prévint le commissaire de police qu'il ne le livrerait que contre la somme de six francs, montant de la vacation auquel la loi lui donnait droit. On explique ainsi la prétention de M. Beurnier : Avant d'être chef de clinique à l'hôpital de la Pitié, il avait exercé les mêmes fonctions à l'hôpital Necker, et dans ce dernier établissement, chaque fois qu'un rapport sur l'état d'un blessé lui était demandé, les six francs auxquels il avait droit lui étaient immédiatement versés. M. Beurnier, d'ailleurs, ne s'obstina pas ; le lendemain il faisait parvenir à M. Evrard son rapport. Mais le commissaire de police refusa le rapport ; il écrivit à M. Beurnier « qu'il refusait aujourd'hui ce qui ne lui avait pas été accordé hier », et il avisa de l'incident MM. Banaston, procureur de la République, et Lozé, préfet de police. L'affaire en est là. Mais M. le professeur Lefort, peu satisfait de voir son nom mêlé à cette affaire, a adressé une plainte au procureur de la République de la Seine. (*Temps*).

Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris.

Concours pour la nomination à la place de Chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Un Concours pour la nomination à la place de Chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mardi 15 avril 1890, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 17 mars jusqu'au lundi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre. — Sont seuls admis au concours pour la place de Chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, les candidats ayant la qualité de Français. Ils doivent être âgés de vingt-cinq ans au moins et ne pas avoir dépassé l'âge de trente-cinq ans. Ils doivent, en outre, être pourvus du diplôme de pharmacien de première classe. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Ils doivent produire, à l'appui de leur inscription : 1° Un extrait de leur acte de naissance ; 2° Leur diplôme de pharmacien. Les candidats ne pourront être admis à se faire inscrire qu'après avoir justifié de leurs antécédents et de leur moralité. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre deux membres du même jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury du concours pour la place de Chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices se compose : 1° Du directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux, pharmacien en chef des hôpitaux ; 2° D'un professeur de chimie à la Faculté de médecine ; 3° De deux pharmaciens des hôpitaux, en exercice, et d'un pharmacien de la Ville. Les épreuves du concours sont réglées comme il suit : 1° Une composition écrite sur la préparation des médicaments, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures ; 2° Une épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de 20 médicaments, dont 10 galéniques et 10 chimiques, avec dissertation sur le mode de préparation de l'un ou de deux de ces médicaments désignés par le jury. Quinze minutes seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve ; 3° Une seconde épreuve pratique portant sur l'essai et le dosage des médicaments. Il sera accordé aux candidats, pour cette épreuve, trois heures au moins et quatre heures au plus. Le maximum des points attribués pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve de reconnaissance des médicaments, 30 points ; pour l'épreuve de chimique pratique, 30 points.

Il nous semble que c'est la première fois qu'un concours de ce genre a lieu. C'est une excellente innovation.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

(*Assistance médicale gratuite*).

Le conseil supérieur de l'Assistance publique s'est réuni lundi dernier. A l'ouverture de la séance, M. Monod a dit qu'il était expressément chargé de présenter aux membres du conseil les excuses de M. Léon Bourgeois, nouveau ministre de l'intérieur, qui aurait considéré comme l'acte le plus agréable d'inaugurer son entrée aux affaires en présidant le conseil supérieur de l'Assistance publique. Le conseil a donné son approbation à un projet de loi sur l'*assistance médicale gratuite*.

Ce projet de loi comprend 37 articles répartis en 6 titres. L'article 1er dit :

(1) Extrait de l'*Internationale Klinische Rundschau*, 1889.
(2) « Montre-moi ta femme et je te dirai qui tu es ! »

Tout Français indigent malade reçoit gratuitement, de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un hôpital. La commune ou le département peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, notamment contre les membres de la famille de l'indigent désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

Cette assistance médicale serait assurée par un *service d'assistance gratuite*, organisé dans chaque commune ou syndicat de communes. Ce service comprendrait un dispensaire pour les consultations externes qui serait rattaché à une infirmerie et à un hôpital général. Les personnes qui auraient droit à cette assistance gratuite seraient les indigents qui ont leur domicile de secours dans la commune où ils se trouvent. Ce domicile de secours est acquis par filiation, mariage ou par une résidence habituelle de deux ans consécutifs postérieurs à la majorité et à l'émancipation. Il est *communal*, et, par conséquent, les communes devront assurer l'assistance médicale non seulement aux indigents « domiciliés », mais aussi à ceux qui tomberaient malades ou seraient victimes d'un accident. Toutefois, quand le traitement de ces derniers dépasse cinq jours, la commune peut exercer son recours contre la commune ou le syndicat de communes dont le malade ferait partie. Après avoir spécifié la constitution du bureau chargé d'administrer le service d'assistance, le projet de loi stipule que l'on dresserait une liste nominative des personnes qui sont en droit de réclamer l'assistance. Cette liste serait arrêtée par les conseils municipaux. Les contribuables auraient le droit de réclamer des radiations ou des inscriptions, mais jamais par des membres de leur famille. Les réclamations seraient examinées souverainement après avis du maire par une commission cantonale composée du sous-préfet ou de son délégué, du conseiller général ou du conseiller d'arrondissement et du juge de paix. A défaut d'assistance communale, les soins que peut exiger un malade indigent seraient assurés par une assistance départementale que réglerait également le projet de loi.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Rendu, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série)* : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Ricard. — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Segond. — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Chauffard.

MARDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Bar. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Nélaton, Maygrier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Cornil, Gilbert. — (1re partie) (2e *Série*) : MM. Peter, Ball, Hanot.

MERCREDI 12. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Farabeuf, Segond. — 3e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Robin, Chantemesse. — 4e *de Doctorat* : MM. Rendu, Brissaud, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Kirmisson, Ricard. — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Marie.

JEUDI 13. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Duguet. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Ball, Gilbert.

VENDREDI 14. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Pinard, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Rendu, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* : (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Ricard. — (2e partie) (Charité) : MM. Hayem, Marie, Netter.

SAMEDI 15. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Campenon, Schwartz. — (2e *partie*) : MM. Ball, Debove, Netter. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Cornil, Duguet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 12. — M. Vignard. De la prostatotomie et de la prostatectomie. — M. Cezilly. Contribution à l'étude de la grippe. — *Jeudi* 13. — M. Mary. Considérations démographiques et nosographiques sur la maison départementale de Nanterre. — M. Rodriguez. Contribution à l'étude de la physiologie du f. c. — M. Souza-Leite. De l'amégrogalie. — M. Calamy. Du traitement de de la cataracte diabétique. — M. Auvergniot. De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. — M. Boyer. Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches. — M. de Micas. De l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide.

NÉCROLOGIE.

Alfred TALANDIER.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre ancien collaborateur, M. Alfred TALANDIER, décédé le 3 mars. Il était né à Limoges le 7 septembre 1822. Licencié en droit de la Faculté de Poitiers et inscrit au barreau de sa ville natale en 1844, il fut nommé avocat général à la Cour d'appel de Limoges en mars 1848 et destitué après le 15 mai. Proscrit après le coup d'Etat, il resta en Angleterre où il devint professeur de français à l'Ecole d'Etat-major, mais rentra en France après le 4 septembre 1870. Nommé sous-préfet de Rochechouart en novembre 1870, il donna sa démission lorsque Gambetta quitta le pouvoir. Il fut candidat dans la Haute-Vienne aux élections pour l'Assemblée nationale; mais la liste sur laquelle il était porté n'obtint que 18.000 voix. M. Talandier devint alors rédacteur en chef de la *Défense républicaine* de Limoges, puis, lors de la suppression de son journal, après un acquittement devant un Conseil de guerre, il se décida à venir à Paris où il subit l'examen d'aptitude pour les langues vivantes. Reçu premier à ce concours, il fut délégué au cours d'anglais du lycée Henri IV. Elu, comme candidat radical, conseiller municipal de Paris pour le Ve arrondisssement le 29 novembre 1874, il se vit retirer sa place de professeur le même jour. Candidat aux élections législatives du 20 février 1876, dans la deuxième circonscription de Sceaux, il fut élu député au second tour de scrutin, le 5 mars 1876. Il fut réélu le 21 août 1881 dans la même circonscription. Sa santé déjà sérieusement atteinte ne lui permit point de se représenter aux élections générales du 4 octobre 1885.

M. Talandier a passé vingt ans de sa vie en Angleterre où il a étudié avec zèle et profondeur la langue, les mœurs, la littérature et l'histoire de ce pays. Il a publié des traductions françaises de l'*Histoire des pionniers équitables de Rochdale* (1861), du *Self-Help*, de Smiles (1865), de l'*Extrême Far-West*, de Johnson (1874); et, en collaboration avec M. Vattemare, *Dix ans de voyage dans la Chine et l'Indo-Chine*, par Thompson (1877). Citons encore *Poste aux marchandises*, 1858 ; *La question sociale*, 1876 et 1878; *Conciliation*; *Denis Dussoubs*, 1880. Parmi ses éditions classiques, destinées à faciliter les études de la jeunesse, nous citerons un bon choix d'extraits des *Contes d'un grand-père*, de Walter Scott (1874) et *Macbeth*, de Shakspeare (1874); une édition de Rabelais à l'usage des jeunes gens.

Talandier a collaboré au *Progrès médical* de 1874 à 1879. Voici la liste de ses articles: Que convient-il de faire de nos morts (1874). — Une exposition de cercueils en Angleterre (1875); — Assistance publique, projet de réformes; — Sur le manuel d'infirmières de Miss Veitch; — Introduction de la photographie dans les établissements scientifiques; — Association anglaise pour l'établissement d'hôpitaux à l'usage des gens aisés; — Notes sur l'œuvre de Miss Nightingale; — Crémation et incinération des corps; — Bains et écoles de natation à Londres (1878); — La morte vivante, grand miracle par le révérend père Heinen, de Mauch-Chunk (Pensylvanie); — Des Ecoles d'infirmières, le Dr Brochard et Miss Florence Lees; — L'*Abeille médicale* et les Ecoles d'infirmières; — Analyse du manuel pour les infirmières de Miss Florence Lees (1878). — De l'éducation, à propos d'un rapport du Dr Seguin (1879). — Tous ces articles, inspirés par un vif désir d'être utiles à ses semblables, étaient écrits dans un style élégant.

Talandier était toujours prêt à rendre service, et souvent on a abusé de sa générosité. C'était un causeur très spirituel et un musicien de talent. Fidèle à ses convictions de libre penseur, il a voulu que ses obsèques fussent civiles et que, conformément à ses idées de progrès en hygiène, qu'il avait défendues dans ce journal, son corps a été soumis à l'incinération.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 février 1890 au samedi 1er mars 1890, les naissances ont été au nombre de 1238 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 473 ; illégitimes, 151, Total, 624. — *Sexe féminin :* légitimes, 434 ; illégitimes, 180, Total, 614.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 fév. 1890 au samedi 1er mars 1890, les décès ont été au nombre de 1214 savoir : 645 hommes et 569 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 4. T. 6. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 15, F. 13, T. 28. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 5, F. 5. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 19 F. 26, T. 45.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 156, F. 92, T. 248. — Autres tuberculoses : M. 20. F. 8. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T, 5. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 30. T. 47. — Méningite simple : M. 25, F. 21, T. 46. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 23, T. 56. — Paralysie : M. 3, F. 3 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 2, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 39. T. 67. — Bronchite aiguë : M. 23, F 24 T. 47. — Bronchite chronique : M. 24, F. 33. T. 57. — Broncho-Pneumonie : M. 26, F. 25. T. 51. — Pneumonie : M. 59. F. 44. T. 103. — Gastro-entérite, biberon, M. 8, F. 3. T. 11. — Gastro-entérite, sein : M. 19, F. 13. T. 32, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0. T. 3.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 11, T. 22. —Sénilité : M. 11, F. 21. T. 32. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13.— Autres morts violentes : M. 9. F. 1. T. 10. — Autres causes de mort : M. 108. F. 97. T. 205 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 10, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 11. Total : 33.

ECOLES DE MÉDECINE NAVALE.— Les élèves de l'Ecole de médecine navale seront admis à subir leurs épreuves pour le doctorat devant les Facultés de médecine ou Ecoles de pharmacie comme suit : 1° ceux de Brest devant les Facultés de Paris et de Bordeaux ; 2° Ceux de Rochefort devant la Faculté de Bordeaux ; 3° ceux de Toulon devant la Faculté de Montpellier. En aucun cas il ne pourra être accordé de transfert.— Les jeunes gens désireux d'entrer dans les Ecoles de médecine navale (lignes médicale et pharmaceutique) sont prévenus que, l'effectif des élèves étant au complet depuis le 1er novembre dernier, il est impossible de donner une suite favorable à aucune demande, jusqu'au 1er novembre prochain.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *Fêtes du Centenaire.* — Le Congrès annuel des sociétés françaises de géographie se tiendra à Montpellier pendant les fêtes du centenaire ; la Société artistique de l'Hérault ouvrira son exposition de peinture, sculpture, dessin et gravure le 20 avril et ne la fermera qu'à la fin de mai ; l'exposition organisée par la Société d'horticulture et d'histoire naturelle de l'Hérault aura lieu, de même, pendant la deuxième quinzaine de mai. On a déjà annoncé que la cavalcade historique aurait pour sujet : « *La soutenance des thèses doctorales de Rabelais et de Rondelet devant la Faculté de Montpellier.* » Rondelet, moins connu que l'illustre auteur de *Pantagruel*, fut un médecin et un naturaliste distingué, né à Montpellier, où il soutint sa thèse doctorale en 1537. Enfin, ajoutons qu'en raison de l'importance des fêtes du mois de mai un journal spécial, le *Centenaire*, vient d'être créé pour centraliser, tous les quinze jours, les détails relatifs aux fêtes de Montpellier.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *La politique à l'U. de Kœnigsberg.* — Un avis affiché au tableau noir de l'Université de Kœnigsberg annonce que, par décision du sénat de l'Université, M. Sentoin, étudiant, est frappé d'expulsion pour s'être livré, contrairement aux règlements académiques, à des menées socialistes. Le sénat avertit les étudiants que toute agitation socialiste sera sévèrement réprimée à l'avenir.

U. de Lisbonne. — On écrit de Lisbonne que le gouvernement a pris des mesures pour empêcher les manifestations que les étudiants avaient projetées sur les tombes de Vasco de Gama et du Camoëns. Les étudiants d'Oporto continuent à critiquer le gouvernement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Ordre du jour de la séance du lundi 10 mars 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés : 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.— 2° Discussion du rapport de M. le conseiller Heurteloup. — 3° Communications diverses.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La Société internationale d'assistance, fondée en 1889 à la suite du Congrès d'assistance, a tenu lundi dernier son assemblée générale dans une des salles de la mairie Drouot. MM. Théophile Roussel, de l'Académie de médecine, sénateur, et le docteur Thulié, ancien président du conseil municipal de la ville de Paris, ont prononcé des discours. On a procédé ensuite à l'élection des membres du bureau, dont M. Roussel, sénateur, est président, et M. le docteur Thulié, secrétaire général.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — L'assemblée générale de la Société a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 2 mars 1890, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut. On y a entendu, après un discours du président d'honneur, une série de rapports par MM. Blache, Sevestre et André, etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS. — *Conférences publiques de médecine* (Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente). Conférence du 12 mars, à 8 heures et demie très précises du soir. Acclimatation des Animaux et des Plantes, son utilité, quelques résultats encourageants (avec projections par M. Molteni), par M. le Dr Saint-Yves Ménard, professeur à l'Ecole centrale, secrétaire des séances à la Société d'Acclimatation. — Les portes ouvriront à 8 heures.

SUBSTITUTION DE CORPS. — Cette semaine, à l'hôpital Rotschild (H. Juif), on a enterré un catholique admis par exception, à la place d'un juif, et réciproquement. Un service catholique a eu lieu pour le juif, alors qu'il s'adressait au catholique, et réciproquement. D'où grand émoi dans la presse quotidienne. Cette erreur, certainement très regrettable, s'explique facilement par un changement de pancarte. Il est évident qu'on doit y veiller dans la mesure du possible, mais il serait exagéré d'en faire un crime au pauvre garçon de salle qui est la cause involontaire de cette substitution de corps.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr NOURRIGAT (Manguia). — M. le Dr PEILLARD (de Donzère). — On annonce la mort à Paris de M. le Dr BRULFERT, conseiller général de la Haute-Marne, pour le canton de Poissons. — Un docteur en médecine de Bagnolet, M. VACHER, s'est suicidé en absorbant un poison. Quelques moments avant d'accomplir cet acte de désespoir, il rentrait chez lui en compagnie du maire de Bagnolet. « S'il m'arrive un malheur, lui disait-il, vous voudrez bien en informer mon frère, notaire. » Et il lui donnait l'adresse de ce frère. Le lendemain matin, sa domestique le trouvait mort.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 11. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 MARS 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

De la maladie de Morvan (1);

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique.

Messieurs,

Nous nous occuperons aujourd'hui, pour insister plus particulièrement sur l'une d'entre elles et arriver à la distinguer des autres, de quelques affections qui ont pour caractère commun de produire des altérations graves, symétriquement disposées, des doigts de la main surtout, et qui aboutissent à la mutilation de ceux-ci, en conséquence de la destruction, par des procédés différents, comme vous le verrez, de la phalangette, de la phalangine et quelquefois du doigt tout entier. Les cas pathologiques dont il s'agit ici, appartiennent à des espèces nosologiques diverses que je vais vous énumérer.

En premier lieu, c'est la *sclérodermie* considérée dans une de ses formes, la forme dactylique, *sclérodactylie* de M. Ball, variété mutilante.

En second lieu, vient la *lèpre*, mais la lèpre envisagée dans la forme dite *anesthésique*, variété mutilante, *lepra mutilans* de quelques auteurs.

En troisième lieu, il pourrait être question aussi de l'affection dite *gangrène symétrique des extrémités*, doigts, orteils, nez, oreilles, ou maladie de Raynaud. Mais nous ne ferons que l'indiquer en passant, pour des raisons que je vous exposerai plus loin.

Enfin, nous traiterons plus spécialement d'une affection tout récemment introduite (1883) dans la clinique, où son autonomie est encore discutée par quelques auteurs. Je veux parler de cette maladie que le médecin qui l'a le premier décrite, M. le Dr Morvan (de Lannilis), appelle « *la parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures*, et que nous appellerons plus volontiers, pour plus de commodité, du nom de *Maladie de Morvan*. La mutilation est ici produite par des panaris graves qui envahissent successivement, en plus ou moins grand nombre, les doigts des mains.

Si je vous parle ici, Messieurs, de la sclérodactylie et de la lèpre mutilante et si je ne borne pas mon étude à la seule maladie de Morvan, c'est surtout pour me mettre en mesure de mieux faire ressortir, par contraste, les caractères de cette dernière affection. Vous savez combien j'emploie volontiers, dans la démonstration, cette méthode des contrastes, qui permet de mieux saisir les types en les comparant et en les opposant les uns aux autres et les fixe plus définitivement dans l'esprit. J'emploierai aujourd'hui une fois de plus cette méthode en faisant passer sous vos yeux, à côté de quelques exemples d'affections mutilantes des mains, un cas typique de maladie de Morvan, qui se trouve actuellement dans le service de la clinique, grâce à l'obligeance de mon collègue, M. Hanot. Il était d'ailleurs opportun de vous parler de cette maladie, après nos dernières leçons sur la syringomyélie, car les deux affections ont certains traits de ressemblance et sont confondues, à tort, selon moi, par quelques auteurs.

Mais, avant d'entrer au cœur du sujet, parlons en premier lieu de ces affections qui entraînent des mutilations de la main et des doigts, et tout d'abord de la sclérodactylie.

La sclérodermie dactylique, comme l'appelle M. le professeur Ball, qui en a fait une importante étude, est une forme de la maladie décrite autrefois par Alibert, puis en 1845 par Thirial. C'est le sclérème des adultes, avec cette particularité que l'affection est limitée aux doigts et à la face. En 1871, à la Société de Biologie, j'ai appelé l'attention sur cette variété en même temps que sur les mutilations possibles qui en sont le résultat et sur leur mécanisme. En voici un cas tout à fait typique.

La malade que vous avez devant les yeux est âgée de 42 ans. A l'âge de 25 ans elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Mais déjà, deux ans auparavant, elle avait commencé à remarquer que ses doigts devenaient d'une sensibilité anormale. Bientôt à l'extrémité des doigts survint de la rougeur, puis du gonflement. Enfin quelques bulles apparurent, qui crevaient, puis se desséchaient.

Peu à peu, la peau, d'abord gonflée, s'atrophie, devient lisse, se colle aux os sous-jacents des phalangettes et des phalangines. Les ongles se déforment et s'atrophient sur place. Les os, par un mécanisme spécial de résorption, s'atrophient à leur tour; la phalangette disparaît, résorbée. Remarquez qu'on ne constata jamais chez cette malade l'issue de fragments d'os au dehors. Ce fait peut cependant se produire, ainsi que M. Ohier en a signalé des exemples dans sa thèse sur le masque sclérodermique, publiée en 1883. Mais c'est tout à fait exceptionnel et seulement, pour ainsi dire, par accident.



Fig. 56. — Sclérodermie dactylique. Cette figure montre les déformations des doigts et la destruction des phalangettes.

Les lésions ont ainsi suivi une marche graduelle et envahissante et, actuellement, le mal est accompli. Vous voyez que chez cette femme il existe une symétrie parfaite dans la distribution des déformations, les quatre doigts de chaque main sont pris. Ils ont perdu leur

(1) Leçon du 6 décembre 1889.

forme primitive et ils sont devenus absolument coniques et effilés. Les phalangettes ont presque complètement disparu et la peau qui recouvre les phalangines est lisse, tendue et adhérente aux os sous-jacents, sur lesquels il est impossible de la faire glisser ainsi que cela est facile à l'état normal (V. *Fig.* 56). Enfin, le doigt est couronné par une petite masse cornée à peu près informe, qui représente les derniers vestiges de l'ongle atrophié et déformé (V. *Fig.* 57). Telles sont, en quelques



Fig. 57. — Sclérodermie dactylique. Cette figure montre surtout la déformation de l'ongle du médius.

mots, les déformations des doigts dans la sclérodermie dactylique. J'ajouterai qu'à aucune époque de la maladie (je connais cette femme depuis bien des années) il n'a existé d'anesthésie ni d'analgésie, et que toujours le tact a été parfait.

Quelle est la cause de ces déformations? Existe-t-il une lésion primitive des centres nerveux? On a dit qu'il s'agissait là d'une névrite périphérique. Mais l'altération des nerfs au milieu de ces parties, qui sont le siège d'une inflammation chronique sclérosante d'une pareille intensité, était à prévoir et on ne saurait être surpris de la rencontrer. Il n'y a pas de raison pour en faire la cause primordiale de la maladie. D'autre part, dans ces cas, Pierret a constaté l'intégrité de la moelle en même temps qu'il appelait l'attention sur l'atrophie graisseuse des phalangines. En un mot, s'il existe une altération des centres nerveux, ce qui paraît bien possible, étant donnée la symétrie des lésions etla marche de la maladie, on ne la connaît du moins pas encore.

Mais restons, Messieurs, dans le côté purement clinique de la question. Trois phénomènes sont ici caractéristiques : 1° l'absence de troubles des divers modes de la sensibilité; 2° le genre de la déformation des doigts; 3° l'absence d'issue au dehors de fragments d'os. La présence de ces caractères suffit pour vous préserver de toute confusion. Mais, dans les cas où le doute pourrait être permis, en ne considérant que les doigts eux-mêmes, vous pourrez trouver, en cherchant en d'autres régions chez votre malade, d'autres signes qui n'appartiennent qu'à la sclérodermie et qui lèveront toute hésitation. Je veux parler du *masque sclérodermique*, qui, s'il existait, pourrait apporter pour le diagnostic un appoint décisif. Cet aspect spécial de la face chez les sclérodermiques a été bien décrit par Ohier, dans la thèse que je vous citais tout à l'heure (1883). Regardez cette même malade ; vous verrez en quoi il consiste.

Le nez est aminci, effilé, pincé. Les yeux sont excavés profondément et paraissent volumineux. Au pourtour de l'orbite il existe une atrophie notable de la peau qui est tendue, adhérente à l'os. Il en est de même au niveau du front, qui est lisse et ne présente à peu près aucune trace de rides. La bouche a une forme singulière ; elle est en quelque sorte complètement rectiligne dans le sens horizontal. Les lèvres sont minces, comme tendues, presque sans rebord muqueux. Il résulte de cela que l'occlusion des lèvres est incomplète et qu'à l'état ordinaire les dents sont visibles à travers une petite fente rectiligne jamais fermée. En ce qui concerne le reste de la face, vous voyez qu'elle est creusée au-dessous des os malaires, qui font une saillie anormale, la peau mince et lisse qui adhère aux os sous-jacents dessinant pour ainsi dire le squelette osseux de la région. Au niveau du menton cet aspect est tout à fait caractéristique. Au-dessous de lui et au cou la peau est devenue véritablement trop courte et ce raccourcissement peut aller jusqu'à gêner les mouvements de déglutition.

Alibert, dans son style un peu maniéré et ampoulé, comparait cet aspect de la face au masque de pierre de Niobé changée en rocher par la vindicative Latone. Rappelez-vous, si vous voulez, la comparaison d'Alibert, mais en tous cas n'oubliez pas le masque sclérodermique, d'une importance capitale dans le diagnostic de cette maladie.

Arrivons maintenant à la *lèpre*. C'est de la forme anesthésique exclusivement que je veux vous parler et encore en tant qu'elle affecte les extrémités supérieures, les paralyse, y atrophie les muscles, y abolit la sensibilité et y produit des mutilations. Tout anesthésique qu'elle soit et différente en apparence dans la forme de la lèpre tuberculeuse, elle lui est cependant identique au fond. C'est la même maladie parasitaire, infectieuse, produite par le bacille découvert par Hensen et étudié par Cornil sur les lépreux de Grenade. Souvent, d'ailleurs, les deux formes coïncident.

C'est aujourd'hui pour nous une maladie exotique, à peu près inconnue dans notre pays. Je dis aujourd'hui, parce qu'autrefois, au moyen-âge, il y avait en plein Paris des lépreux et des léproseries. Mais, aujourd'hui, pour trouver un lépreux en France, il faudrait l'aller chercher dans le Sud, aux environs de Nice ou à Martigues. En Europe, les seules contrées où on la rencontre peut-être encore, sont l'Espagne, le Portugal, la Grèce, la Turquie, la Norvège où il y a des léproseries et où la maladie porte le nom de Spedalsked. Je ne parle pas de l'Asie (la lèpre est une maladie biblique), ni de l'Afrique et de l'Amérique du Sud où elle est encore très répandue. Nous la voyons à la Salpêtrière, comme déjà Duchenne (de Boulogne) l'avait vue, quand les malades l'ignorent et qu'elle se présente chez eux sous forme d'atrophie musculaire, en particulier des mains.

Voici quelles sont les déformations que peut produire cette forme de lèpre au niveau des extrémités et en particulier aux mains. En ce qui touche l'atrophie, c'est la main de singe avec aplatissement des éminences thénar et hypothénar, et la griffe interosseuse, lésions le plus souvent symétriques. Mais, de plus, il y a l'anesthésie qui est caractéristique et porte uniformément sur les divers modes de la sensibilité. En outre, et cela nous intéresse spécialement ici, il existe aussi des troubles trophiques variés, siégeant sur les doigts, pouce, index, gros orteil. La peau se fendille, un ulcère se produit, qui pénètre profondément, s'étend et finit par circons-

crire un doigt dans sa totalité, ou seulement dans un point de son étendue. Alors, il se produit, et cela sans douleur, sans réaction d'aucune espèce, une chute du doigt ou bien encore celui-ci est enlevé par le chirurgien. Enfin, on peut observer au niveau de la main, des doigts, des troubles moins accentués, tels que fentes, gerçures, bulles, etc.

On connaît la cause de ces altérations. La névrite lépreuse symétrique a été étudiée par Virchow. Quelquefois, cliniquement, on peut sentir par la palpation les nerfs tuméfiés, le cubital en particulier. Vous comprenez qu'en face de la sclérodermie la distinction soit facile, et je rappelle que dans celle-ci, au contraire, jamais il n'y a chute de fragments de doigts, mais une sorte de résorption sur place des éléments constituants de ces organes. De plus, le caractère exotique de la lèpre est à considérer. Enfin, si dans la sclérodermie vous avez en fin de compte comme élément de diagnostic la présence du masque sclérodermique, dans la lèpre vous avez un autre signe, bien spécial aussi, et qui existe là seulement. Ce sont les grandes *taches* ou *macules lépreuses* (lèpre maculeuse), disséminées sur diverses parties du corps et désignées sous le nom de *morphea alba* ou *rubra*, suivant les cas.

D'après ces données, il n'est pas très difficile, en général, de distinguer la lèpre de la sclérodermie dactylique. Nous allons apprendre maintenant à distinguer l'une et l'autre de la maladie de Morvan.

Messieurs, avant de procéder à l'examen du malade que voici et qui présente, à ce que je pense, un exemple du groupe de Morvan, je crois utile de vous faire connaître en quelques mots ce que l'on sait concernant ce complexus pathologique — je n'ose dire encore cette maladie — d'après les travaux de M. Morvan lui-même et ceux des quelques auteurs qui l'ont suivi dans la même voie.

Tout d'abord, un mot d'*historique*. M. Morvan, un excellent observateur incontestablement, médecin à Lannilis, en Bretagne, connu déjà par une intéressante contribution à l'histoire de la maladie dite cachexie pachydermique ou myxœdème, n'a pas publié moins de cinq mémoires sur ce sujet du *panaris analgésique*, de 1883 à 1889. Tous ces mémoires se trouvent dans la *Gazette hebdomadaire*. M. Morvan y fonde tout d'abord le type clinique qui porte son nom et le défend ensuite avec une grande énergie, *unguibus et rostro*, contre toutes les tentatives de démembrement dirigées contre lui, et elles sont nombreuses.

Parmi les autres travaux sur le même sujet et à la suite, je signalerai le cas de M. Broca (*Soc. Clin.*, 1885, et *Ann. de Dermat. et de Syphilog.*, même année), un mémoire de M. Prouff, également un confrère breton, qui rapporte une très bonne observation (*Gazette hebd.*, 1887). L'autopsie de ce malade a été faite plus tard par M. Gombault (Soc. méd. des Hôp., 1889), et bien qu'elle soit, à quelques égards, incomplète, par une circonstance en dehors de la volonté de l'auteur, elle suffit cependant à démontrer que la *paréso-analgésie avec panaris* ne doit pas être rattachée, sans plus de discussion, à la syringomyélie. Ce rapprochement avait été fait, en effet, par M. Roth, qui, dans son travail sur la gliomatose médullaire (*Arch. de Neurol.* 1889), assimile les deux maladies l'une à l'autre et n'en veut faire qu'une seule.

Ensuite vient l'observation de M. Hanot (1887). Elle est relative à ce même malade que je vais vous montrer aujourd'hui, le travail de Monod et Reboul (*Arch. de méd.*, 1888), la thèse d'Oger de Spéville (1889) faite sous l'inspiration de M. Hanot. Cet auteur rapporte la suite de l'observation du malade publiée antérieurement par son maître, et réunit à côté une huitaine de cas recueillis çà et là dans les divers auteurs. Enfin, tout récemment, un travail de Heckel d'après une clinique de Jürgensen (de Tubingue) (*Berlin. Kl. Wochensch.* et *Rif. med.*, 1889).

Tous les auteurs, Messieurs, qui ont suivi M. Morvan, n'ont rien changé ni rien ajouté d'essentiel à sa description et n'ont fait, en général, que fournir des documents confirmatifs. C'est donc d'après lui que nous ferons la description clinique, tout en remarquant chemin faisant que certains éléments de la description se sont quelque peu modifiés de 1883 à 1889, pendant cette période de six ans.

Le premier mémoire de M. Morvan (1883) est intitulé : *Parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures*. Il contient l'importante découverte de l'analgésie. Je cite ici textuellement : « La maladie que nous « avons en vue d'étudier consiste dans la parésie avec « analgésie des extrémités supérieures, d'abord limitée « à l'un des côtés, passant ensuite le plus souvent à « l'autre côté et aboutissant toujours à la production « d'un ou plusieurs panaris... Le premier cas soumis à « notre observation remonte bien loin dans nos sou- « venirs : il y a de cela vingt-cinq à trente ans. C'était « un homme de soixante ans qui se présentait avec un « panaris à l'un des doigts de la main. Nous constatons « la nécrose de la phalange unguéale et lui proposons « de pratiquer une incision pour arriver à l'extraction. « Et comme le malade n'acceptait qu'avec un entrain « modéré, nous ajoutons que l'incision serait comme un « éclair, qu'il n'aurait pas le temps de souffrir. Nous « procédons à l'incision, qui fut une assez large entaille. « *Quelle ne fut pas notre surprise de voir le calme* « *de ce brave homme, qui à nos yeux n'était pas pré-* « *cisément un héros, et qui cependant n'avait pas* « *sourcillé ? Pas une plainte ! Il eût été de bois qu'il* « *n'eût pas été autrement. C'est qu'il n'avait pas* « *souffert, mais pas du tout souffert*, nous affirmait- « il. Nous étions tombé pour la première fois sur une « de ces paralysies analgésiques des extrémités supé- « rieures qui font l'objet de notre mémoire. Nous nous « armons aussitôt d'une épingle et nous l'enfonçons « sans éveiller de douleurs dans divers points de la main « et de l'avant-bras (qui étaient gonflés). »

Telle fut, Messieurs, l'origine des premières recherches de M. Morvan. Arrivons maintenant à l'aspect général de la maladie, telle qu'il l'a décrit.

Les trois phénomènes prédominants sont : 1° Tout d'abord des douleurs ; 2° Une parésie avec analgésie d'un côté, puis de l'autre ; 3° Enfin, l'apparition de panaris, qui sont, par conséquent, consécutifs aux deux premiers symptômes mentionnés. La parésie et l'analgésie peuvent être quelquefois primitives, c'est-à-dire antérieures aux douleurs. Enfin, d'autres troubles trophiques surviennent souvent, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Telle est la description initiale.

Mais, dans les travaux qui suivirent, M. Morvan modifia quelque peu le précédent tableau et fut conduit à admettre l'existence de cas frustes dans lesquels ou bien les panaris sont douloureux, ou bien il n'existe pas de parésie ou encore pas d'analgésie. Dans ces cas, le seul phénomène constant est le panaris et aussi les troubles trophiques auxquels je faisais allusion tout à l'heure,

bien que ceux-ci puissent également faire défaut dans quelques occasions.

Pour le moment, occupons-nous seulement des cas types et étudions les principaux symptômes avec quelques détails. Tout d'abord, nous trouvons des douleurs qui précèdent généralement l'apparition de la parésie et de l'analgésie. Ce sont des douleurs névralgiformes. Puis vient la parésie avec atrophie musculaire plus ou moins accentuée, occupant la main et l'avant-bras; enfin l'analgésie, dont l'étude est surtout importante ici. Elle envahit généralement la main, l'avant-bras et une partie du bras, mais quelquefois elle peut s'étendre à tout le membre supérieur et même à d'autres parties du corps. C'est en même temps une analgésie et une anesthésie, portant sur le tact, la douleur et la température. M. Morvan le dit expressément dans son cinquième mémoire consacré à la défense de l'autonomie du syndrome qu'il a découvert et que l'on avait tenté d'assimiler à la syringomyélie. Il n'est jamais permis, assure-t-il, de constater dans le panaris de Morvan cette dissociation spéciale de la sensibilité que l'on rencontre dans la syringomyélie et qui est caractéristique de cette dernière affection.

Vous savez, Messieurs, d'après nos dernières leçons, en quoi consiste cette dissociation syringomyélique de l'anesthésie. Les sensations de tact sont conservées, la douleur n'est point perçue autrement que comme contact, mais, en revanche, il existe une anesthésie plus ou moins complète et plus ou moins absolue pour les sensations de chaud et de froid. En un mot, dans la syringomyélie, il n'y a pas d'anesthésie, mais seulement analgésie relative et surtout thermoanesthésie. Il n'en est pas de même dans la maladie de Morvan.

Le troisième phénomène du syndrome qu'il nous reste à étudier, est le panaris. C'est au premier abord un panaris ordinaire, débutant comme le panaris vulgaire par de la rougeur, de la chaleur, de la tuméfaction. Mais il en diffère en ce que c'est toujours un *panaris grave*, c'est-à-dire suivi de nécrose des os et amenant à sa suite la destruction des phalangettes et quelquefois même des phalanges. Il en résulte des mutilations quelquefois bizarres et qui dans bon nombre de cas peuvent être tout à fait caractéristiques. Les extrémités inférieures, disons-le en passant, sont très rarement touchées.

De plus, c'est un *panaris multiple*, quelquefois atteignant tous les doigts ou presque tous. Ainsi, dans l'observation de Prouff, nous trouvons huit panaris, neuf dans un cas de Morvan, sept chez le malade de Jürgensen. Ce sont là, à vrai dire, des cas extrêmement accentués et une pareille multiplicité n'est pas toujours la règle. Mais les cas où il existe deux, trois et même six panaris, sont communs.

En outre, ce sont des *panaris à développement successif*. Ils ne se produisent pas en général simultanément et peuvent quelquefois se succéder ainsi pendant des périodes de temps extrêmement longues. Ainsi dans l'observation de Prouff, qui, soit dit entre parenthèses, est une des plus belles et des plus complètes que nous possédions, les panaris se sont succédé les uns aux autres pendant une période de plus de quarante années, de douze à cinquante-six ans. Chez le malade de Jürgensen, ils ont mis dix années à évoluer, de vingt-huit à trente-huit ans.

Enfin, c'est un *panaris indolent* dans la grande majorité des cas. Mais ici il est bon de faire quelques réserves. Chez certains malades, et le nôtre est du nombre, ainsi que vous le verrez, les premiers panaris peuvent être douloureux. Mais ceux qui apparaissent dans la suite ne le sont plus. Il est utile de connaître cette particularité, pour ne pas être tenté de repousser le diagnostic de maladie de Morvan, par ce seul fait que l'on aurait constate qu'il y a eu chez un malade, à une certaine époque, des panaris accompagnés de douleur.

Aux panaris viennent s'ajouter un certain nombre d'autres *troubles trophiques* variés, tels que des gerçures plus ou moins profondes, des ulcérations siégeant au niveau des plis naturels de la peau, constituant une sorte de mal perforant palmaire, pouvant se propager aux gaines tendineuses dont ils entraînent la suppuration. Mais tout cela est indolent. De même que les phlyctènes qui se développent quelquefois sur divers points du ligament externe, à la main et aux doigts. Les ongles tombent ou sont le siège de déformations plus ou moins accentuées et bizarres, telles qu'on ne les rencontre presque jamais ailleurs. Enfin, la main tout entière devient violacée, livide. La température s'abaisse au-dessous de la normale. Elle est quelquefois le siège d'une sudation exagérée.

Les troubles trophiques ne se bornent pas seulement aux extrémités supérieures. M. Broca a attiré l'attention sur l'existence d'une *scoliose* de la colonne vertébrale. Cette scoliose peut être plus ou moins accentuée, mais elle semble en tous cas assez fréquente, car on l'observe environ chez la moitié des malades. Enfin, dans l'observation de Prouff, on note des arthropathies ayant des apparences de l'arthrite sèche.

Tels sont les éléments constituants du syndrome décrit par Morvan. Mais nous devons encore passer en revue certains autres côtés de la question, importants au point de vue nosographique. Je veux parler de l'étiologie, de la marche et de la durée, du pronostic, etc.

C'est une maladie dont l'évolution est excessivement longue dans la plupart des cas. Ainsi sa *durée* est de dix, quinze, vingt ans et plus. Je vous ai dit plus haut que chez le malade de Prouff elle avait été de quarante quatre ans, chez celui de Jürgensen, de dix ans. On ne peut donc pas dire légitimement, à un moment quelconque de l'évolution du mal, même en présence de l'extinction complète en apparence de tous les symptômes, que la maladie est arrêtée. En effet, dans le cas de Prouff, il y a eu vingt ans d'intervalle entre les quatre premiers panaris, qui ont touché la main droite et les quatre derniers qui ont envahi la main gauche.

Le *pronostic* est nécessairement grave, vous le comprenez, puisqu'il y a production de déformations indélébiles, mutilations quelquefois considérables, parésie, etc. Il se produit là de véritables infirmités aboutissant à la privation presque complète de l'usage d'un ou des deux membres supérieurs.

En ce qui concerne l'*étiologie*, nos connaissances sont beaucoup plus bornées. On aurait pu croire, d'après le nombre de cas de cette affection, qui n'est pas très fréquente en somme, observés par Morvan, qu'elle ne se produisait guère qu'en Bretagne. Ce fait semblerait à la rigueur corroboré par le travail de Prouff, qui exerçait dans le même pays. Fait assez singulier, notre malade, comme vous le verrez, est breton lui aussi. Mais il est bien connu aujourd'hui que la maladie en question peut s'observer partout. Elle semble atteindre beaucoup plus souvent les hommes que les femmes, lesquelles ne fournissent qu'un fort mince contingent dans le nombre des cas publiés. Elle survient à tout âge, vingt, trente, quarante et cinquante ans, et

même plus tôt (cas de Prouff, 12 ans) ou plus tard encore (cas de Morvan, 60 ans). Dans quelques observations, on relève l'existence d'un traumatisme à l'origine des premiers accidents, mais cela est loin d'être constant.

Vient maintenant la question du *diagnostic*, qui se trouve déjà aux trois quarts élucidé par ce que je vous ai dit au début de cette leçon. Vous ne confondrez pas la maladie de Morvan avec la sclérodermie, parce que, dans celle-ci, vous ne trouvez jamais de nécrose des os, ni d'issue de fragments osseux au dehors ; les mutilations s'établissent graduellement par une sorte de résorption des tissus des doigts. De plus, il n'y a, au niveau des extrémités, aucune trace d'anesthésie ni de parésie. Enfin, le masque sclérodermique est tellement spécial, qu'en cas d'hésitation il lèverait immédiatement tous les doutes.

Pour ce qui est de la lèpre, les mutilations par gangrène, l'analgésie et l'anesthésie, dont la présence est constante, en pareil cas, pourraient être des sujets d'hésitation momentanée. Mais, tout d'abord, une simple question adressée au malade nous fera savoir qu'il est né ou a séjourné dans des pays où la lèpre exerce ses ravages. En outre, l'examen de son corps décèlera la présence de ces plaques de morphœa, dont je vous parlais tout à l'heure. Enfin, pour ne considérer que les mutilations elles-mêmes, qui peuvent être ici sujettes à contestation, il n'existe pas chez les lépreux de panaris véritables, c'est de sphacèle surtout qu'il s'agit.

Arrivons enfin à une maladie dont je vous ai entretenus dans mes précédentes leçons et qui présente, avec la maladie de Morvan, des analogies assez accentuées pour qu'on ait voulu les identifier l'une à l'autre. Je veux parler de la *syringomyélie*. Celle-ci est caractérisée tout d'abord par des symptômes d'atrophie musculaire, notablement plus accentués que celle qu'on peut voir dans le panaris de Morvan et présentant cliniquement, d'une façon beaucoup plus nette, le type de l'atrophie musculaire de Duchenne-Aran. Il y existe aussi, il est vrai, des troubles de la sensibilité, mais ceux-ci sont beaucoup plus étendus que dans la maladie qui nous occupe, et, de plus, ils ne portent pas, fait très important en l'espèce, sur tous les modes de la sensibilité. Ici, les sensations de contact sont généralement conservées, tandis qu'au contraire la sensibilité à la chaleur et au froid est totalement abolie et cela sur de grandes surfaces du corps. Cette dissociation des troubles de la sensibilité est caractéristique de la syringomyélie et on ne la retrouve guère, et encore rarement, que dans l'hystérie. Des troubles trophiques analogues à ceux du panaris de Morvan se manifestent aussi dans la syringomyélie, tels que les gerçures de la peau, les arthropathies, la scoliose. Mais le panaris ne s'y observerait qu'accidentellement ; il ne constituerait pas, comme cela paraît être dans la maladie de Morvan, le phénomène prédominant.

J'ajouterai que s'il existe des différences entre les deux affections au point de vue clinique, il en existe aussi au point de vue anatomo-pathologique. Mais ceci n'a pas trait à la clinique et ce n'est qu'une affaire de diagnostic *post-mortem*. (*A suivre*).

L'INFLUENZA A L'ÉTRANGER. — *Angleterre*. D'après le *Daily News*, l'influenza sévit de nouveau à Londres. — *Indes anglaises*. D'après le correspondant du *Times* à Calcutta, une épidémie, qui ressemble à l'influenza, a fait son apparition à Bombay et se répand avec une grande rapidité. Un grand nombre d'enfants ne fréquentent plus les écoles, et quelques-unes des usines sont arrêtées par suite de la maladie du personnel.

PATHOLOGIE INTERNE

—

Ostéosarcome des Poumons ;

par le Dr Bronislas KOZLOWSKI, secrétaire de la Société des médecins de Kieff (Russie).

Les néoplasmes des poumons se rencontrent assez rarement ; c'est pourquoi je ne trouve pas inutile de présenter l'histoire d'un malade, chez lequel il m'est arrivé de trouver à l'autopsie plusieurs noyaux d'ostéosarcome des poumons, néoplasmes comparativement assez rares. Ce cas est encore intéressant sous ce rapport qu'une tumeur sarcomateuse du genou a produit cette métastase aux poumons, non sous la forme de sarcome, mais sous celle d'ostéosarcome.

L'histoire de ce cas est la suivante :

G.. . F., soldat, âgé de 24 ans, est entré au 2e hôpital militaire de Kieff, le 3 février 1879.

A son entrée, le malade se plaignait de douleurs à la jambe droite, de l'articulation du genou jusqu'à la cheville. Les douleurs se faisaient sentir depuis la fin de décembre, se propageant dans la cuisse droite, surtout dans le tibia. Le genou droit est un peu enflé, et le malade se tient demi-fléchi ; il se plaint de douleurs assez considérables quand on s'efforce de le redresser.

Quant à l'origine de sa maladie, le malade ne peut fournir aucune indication précise et positive ; il ne se rappelle pas non plus s'il y avait eu une lésion traumatique ou non. Pendant le séjour ultérieur du malade à l'hôpital, malgré le traitement local (Tinct. Iodi) et un pansement compressif) les douleurs et la tumeur du genou ne firent qu'augmenter de plus en plus. La région du genou était fortement enflée, la peau fort tendue, la patelle fixée, les mouvements du genou très limités et douloureux. Le malade était continuellement en état de fièvre ; la température montait le soir jusqu'à 39.0, 39.5 ; le matin elle baissait jusqu'à l'état normal. Le 28 février, dans un but d'exploration aussi bien que dans l'espoir de faire écouler l'accumulation supposée de pus dans l'articulation, le Dr L.-A. Artemowski fit une ponction avec un troquart de moyenne grandeur du côté externe de l'articulation. Le troquart pénétra dans la cavité de l'articulation et il s'écoula par le tube (canule) une petite quantité de liquide séreux, sanguinolent sans aucune trace de pus. Après cela on a de nouveau appliqué un bandage compressif. C'est ainsi qu'on a posé le diagnostic de tumeur blanche du genou droit. Après la ponction, le caractère général de la maladie n'a pas changé. Le traitement ultérieur de la maladie consista dans l'injection de solution à 9 0/0 d'acide phénique dans l'articulation et pendant ces ponctions le liquide séreux, sanguinolent, s'écoulait en petite quantité avec de petits coagula.

Malgré le traitement, la douleur et l'enflure du genou allaient en augmentant, ne laissant pas un seul instant de repos au malade, qui maigrissait et faiblissait de plus en plus ; la fièvre augmentait le soir (à 39.5). L'enflure, en s'étendant, se mit à monter le long de la cuisse ; on résolut de faire, le 23 avril, l'amputation au tiers moyen de la cuisse. L'opération fut exécutée par le Dr Artemowski assisté par le Dr Speranski et par moi, par la méthode circulaire avec deux lambeaux latéraux.

L'os scié était tout à fait sain. On a posé onze ligatures, introduit dans la plaie un drain et l'on a mis un bandage ordinaire de Lister.

En examinant les poumons et le cœur avant l'opération, on n'y avait trouvé aucun changement. A l'examen de l'articulation, il se trouva qu'elle était remplie de masses granuleuses de couleur rouge foncé, parmi lesquelles on rencontra des foyers plus clairs de couleur jaunâtre tirant sur le blanc. Les cartilages articulaires sont séparés par cette masse granuleuse des épiphyses ; ils présentent des usures et sont rongés ; les ligaments croisés et une partie de ligaments latéraux sont détruits. Les surfaces articulaires des os sont abîmées ; les os sont ramollis, ils se laissent assez facilement couper avec un couteau sur l'espace de quelques centimètres. Point de pus dans l'articulation.

Les infiltrations granuleuses se propagent aussi dans les tissus environnants. L'examen microscopique des tissus n'a pas pu être pratiqué à cause de manque de temps. Après l'opération l'état du malade commença à s'améliorer rapidement. Le jour de l'opération, vers le soir, il y eut des frissons et la température monta jusqu'à 39°, mais ensuite elle baissa et redevint normale. La plaie se cicatrisa sous le pansement antiseptique de Lister sans aucune complication.

Il en fut ainsi jusqu'au commencement de juin, où j'ai perdu le malade de vue.

Au commencement de septembre, j'ai retrouvé le malade dans la clinique chirurgicale de l'hôpital. La plaie était depuis longtemps tout à fait guérie et déjà au commencement de juillet le malade était mis en retraite et était sur le point de se rendre dans son pays; mais il resta encore de son propre gré à l'hôpital à cause de douleurs à la poitrine et de toux, pendant laquelle, de temps en temps, il avait des expectorations mêlées de sang. Ce qui frappe surtout l'observateur à la vue du malade, c'est une cachexie extrême, qui rappelait un phtisique dans la dernière période de la maladie. Le thorax était un peu élargi. Les régions supra et infra-claviculaires, les espaces intercostaux sont même un peu rebondis. Les extrémités supérieures et inférieures des poumons se sont élargies, comme dans l'emphysème et le poumon recouvre un peu le cœur. A la percussion, on perçoit par-ci par-là une matité considérable ; dans d'autres endroits de la région le ton a une nuance claire tympanique. A l'auscultation on entend une respiration vésiculaire très prononcée avec un caractère bronchique dans la région intra-scapulaire. Les expectorations sont purulentes, de temps en temps, avec des quantités considérables de sang rouge frais. Le soir, le malade était dans un état fébrile. Le type de la température était celui de la *febris remittens*; il y avait des transpirations abondantes. En considération de ces symptômes, je posai le diagnostic de tuberculose des poumons, à la suite (comme conséquence) d'une métastase du processus tuberculeux partant du genou. En faisant cette conclusion je m'appuyais aussi bien sur l'opinion de Konig (1), Lewschine (2), Köster (3), Laboulbène (4), Volkmann (5), que sur le cours de la maladie. L'examen microscopique des expectorations n'a pas indiqué la présence des fibres élastiques (quant aux bacilles tuberculeux, personne n'y avait seulement pensé à cette époque). C'est ainsi que la maladie continuait sous la forme d'une pneumonie chronique accompagnée de fréquentes et abondantes expectorations sanguinolentes.

Le 17 octobre, le malade mourut. A l'*autopsie*, faite par moi-même sous la direction du professeur Münch, on trouva dans la cavité thoracique les changements suivants: La cavité du péricardium contient environ un litre d'un exsudat sero-sanguin. Le cœur est dilaté, assez grand; l'épicardium trouble, blanchâtre; point de tissu adipeux; les veines sont remplies. Les cavités droites du cœur contiennent du sang liquide et des coagulums fibrineux. L'endocardium est aussi trouble et imbibé de sang. L'aorte présente les mêmes phénomènes; les valvules sont normales. L'épaisseur des parois ventriculaires atteint de 7 à 8 millimètres. Le muscle du cœur est flasque, d'une couleur chocolat trouble et imbibé de sang. Le poids du cœur atteint 275 gr.

Le poumon gauche adhère fortement à la plèvre costale et au diaphragme. Il est très volumineux et pèse 1.600 gr. Sa surface présente des proéminences de couleur blanche. Le tissu parait être très dur, et ce n'est que son bord inférieur qui présente une consistance normale. La muqueuse des bronches d'une couleur verdâtre est couverte d'une petite quantité de mucus. Après avoir fait des coupes, on voit que le tissu des poumons est parsemé de tumeurs variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle du poing, entre lesquelles il ne reste que de petits morceaux de tissu. La coupe de ces tumeurs présente les caractères du tissu ostéoïde, quelques-unes contiennent des cavités remplies de détritus de sang liquide et coagulé. Ces tumeurs présentent des limites distinctes et ne montrent nulle part de transitions avec le tissu des poumons. — Le lobe inférieur du poumon contenait une grande cavité dont les parois, d'environ un centimètre d'épaisseur, étaient formées du tissu pulmonaire hépatisé. Cette cavité contenait des déchets du tissu ostéoïde et des morceaux plus compacts du même tissu.

Les ganglions lymphatiques péribronchitiques sont fortement hyperplasiés. Le reste du tissu pulmonaire disposé entre les tumeurs est infiltré et hépatisé. Les petites bronches contiennent du pus. Le poumon droit est moins hépatisé que le gauche, son volume est augmenté, il pèse 1.080 gr. De même que le gauche, il est parsemé de tumeurs de la même grandeur que celles mentionnées ci-dessus. Les autres organes ne présentent aucun changement pathologique. La plaie opératoire est parfaitement cicatrisée. L'examen microscopique des coupes et des morceaux d'os décalcifiés fait reconnaitre d'une façon certaine l'ostéosarcome.

Ainsi, nous trouvâmes à l'autopsie de l'ostéosarcome des poumons ; nous devons maintenant chercher son origine. La supposition, la plus simple et naturelle, est d'admettre que le processus pathologique, qui avait atteint

(1) *Die Tuberculose der Gelenke*; in *Deutsch. Zeitschr. f. Chirur.*, 1879.
(2) *Remarques*, 2e vol. de la Chir. de Konig, p. 521.
(3) *Virch. Arch.* 48. p. 95.
(4) *Anat. pathol*, II, V, p. 569.
(5) Pitha et Billroth. — *Maladies des systèmes et des tissus* P. II. F. IV, p. 778.

le genou du malade, était un sarcome qui produisit des métastases dans les poumons, où la maladie continua sous la forme d'ostéosarcome. Ainsi, Laboulbène dit (1) que les tumeurs sarcomateuses des poumons se développent ordinairement après de pareilles tumeurs du seins et surtout du tissu osseux.

Nous ne devons pas nous étonner que même après l'examen anatomique de l'articulation malade, les médecins se prononcèrent pour la tumeur blanche. Une autorité, comme R. von Volkmann (2), dit: « Il est bien facile de confondre l'inflammation fungeuse de l'articulation avec des tumeurs malignes se développant des extrémités articulaires des os; de pareilles méprises, dit-il, sont faites même après un examen microscopique. »

Les sarcomes primaires des poumons se rencontrent assez rarement.—Quant à la formation des tumeurs secondaires métastatiques des poumons, on l'observe assez souvent. Ainsi, Birch-Hirschfeld (3) dit: « Il n'est pas démontré que l'on ait trouvé des sarcomes primaires des poumons, malgré quelques témoignages particuliers en faveur de cette opinion ; c'est le contraire pour le développement secondaire des sarcomes sous forme de noyaux séparés se développant dans le tissu interstitiel ; et même on pourrait prouver assez souvent l'origine embolique de pareilles tumeurs. » — De même, Hertz (4) indique que les poumons sont les lieux de prédilection des ostéosarcomes métastatiques. — Max Oberst (5) cite un cas où, après l'amputation de la cuisse dans le tiers moyen, à cause d'un sarcome à myéloplaxe, on observa un sarcome métastatique des poumons. Le malade mourut six mois après l'amputation. On trouva à l'autopsie que les deux poumons étaient parsemés de tumeurs de la grosseur d'un grain de pois jusqu'à celle d'une noisette. Les parties périphériques de quelques-unes étaient calcifiées. L'examen microscopique montra qu'elles étaient ossifiées.

Il ne faut pas confondre les cas d'ostéosarcomes métastatiques et ceux d'ostéomes des poumons, décrits par Virchow (6) et Förster (7), avec les cas d'ossification d'exsudats inflammatoires. On observe généralement deux formes de développement du tissu osseux dans les poumons: sous la forme de noyaux séparés ou sous celle de néoformation dendritique. La première forme, qui est plus rare, apparait sous l'aspect d'une grande quantité de grains osseux, ronds, disposés surtout à la surface des poumons. Les noyaux de pareilles néoformations présentent ordinairement une surface ronde, unie, tandis que les parties dispersées dans le tissu pulmonaire présentent une forme irrégulière, lobaire, et sont souvent réunies par des traînées de tissu osseux. Leur origine n'est pas jusqu'à présent bien connue. Wagner (8) et Heschl (9) ont observé de pareils cas chez des sujets jeunes, dont les poumons ne présentaient pas d'autres altérations ; c'est pourquoi nous ne pouvons pas partager l'opinion de Buhl (10), qui dit

(1) *Manuel d'Anat. patholog.*, T. I., p. 712.
(2) *L. c.*, p. 777.
(3) *Manuel d'Anat. patholog.*, p. 809.
(4) Ziemsen. — *Maladies des organes respiratoires*, T. V., p. 358.
(5) *Zeitschrift für Deutsche Chirurgie* (Separatabdruck).
(6) *Die Krankhaften Geschwülste*. T. II, p. 102.
(7) *Virchow. — Archiv.*, XIII, p. 106.
(8) *Zahlreiche Knochen in den Lungen. Archiv. fur phys Heilkunde*, 1859.
(9) *Osteoide in der. Lunge. Oestereich. Zeitschrift. f. prartische Heilkunde*, 1862.
(10) *Inflammation des poumons, tuberculose et phtisie*, p. 54.

« que les portions du poumon hépatisé peuvent s'ossifier, ce que l'on peut observer en coupant le tissu. De telles parties ont une aspect finement poreux, une couleur grise, blanchâtre, avec des points pigmentés. Le tissu osseux suit les tractus fibreux, pénètre dans les tissus en des points indéterminés, sous formes de lignes ou de branches dans toutes les directions, et contiennent de véritables corpuscules osseux. »

Des cas pareils ressemblent plutôt au nôtre, qui présentant des ostéomes ou des ostéosarcomes. De plus, souvent on observe la néoformation du véritable tissu osseux en forme de trabécules entrecroisés dans le tissu interstitiel des poumons, comme l'ont décrit Luschka (1), Förster (2) et d'autres. Luschka a observé, dans les lobes inférieurs des poumons d'un homme âgé de 50 ans, qui mourut d'inflammation chronique des reins, la formation d'un tissu compact, de la grandeur de quelques centimètres carrés, accompagné d'une grande quantité de grains de tissu osseux, ressemblant aux calculs que l'on trouve dans les glandes cérébrales. — Comme la direction et la forme de ces trabécules ne correspondaient pas à la direction des bronches et des vaisseaux, Luschka suppose que c'était une exsudation ossifiée provenant d'une pneumonie interstitielle. Förster, au contraire, doute de l'origine inflammatoire dans un cas analogue.

On ne doit pas confondre de pareils cas avec la formation de concrétions dans les poumons, c'est-à-dire calculs pulmonaires. Ceux-là se développent à la suite de l'inflammation calcaire (pétrification) de restes de processus inflammatoires, qui ont subi préalablement une dégénérescence caséeuse.

Un phénomène bien plus rare, selon Virchow, est la formation (par voie métastatique) de dépôts calcaires dans le tissu interstitiel des poumons; elle prend dans ces endroits une couleur blanchâtre et se distingue par une consistance plus dure. Ce phénomène a été observé dans les maladies du système osseux, accompagnées d'une profonde destruction des os.

(1) *Varästigte Knochenbildung;* im *Parenchym der Lungen. Virchow's Archiv.*, X.

(2) *Varästigte Knochenbild.;* im *Parench. der Lungen.* Ibid. XIII.

Assistance publique a Londres. — On n'ignore pas qu'à Londres les hôpitaux n'ont pas de dotation analogue à celle de l'Assistance publique à Paris et ne sont entretenus qu'au moyen de souscriptions. En dehors des donations particulières on a fondé le Saturday hospital fund et le Sunday hospital fund ; c'est-à-dire qu'une fois par an, un samedi, et une autre fois, un dimanche, des quêtes sont faites au profit des établissements de charité. Néanmoins, cela ne suffit pas, et un grand nombre d'hôpitaux sont endettés. Le prédécesseur du lord-maire actuel, sir James Whitehead, a eu, pour tenter de combler un déficit qui va chaque jour en augmentant, l'idée de solliciter des ouvriers de toute nature un versement de dix centimes par semaine. Sir James Whitehead faisait remarquer que les ouvriers étaient ceux qui profitaient le plus de la bienfaisance publique ; en conséquence, il est logique qu'ils vinssent en aide aux hôpitaux, au moyen d'un prélèvement peu onéreux sur leurs salaires. Sir Henry Isaacs, le lord-maire de cette année, reconnaissant combien était juste la proposition de sir J. Whitehead, la reprend à son tour et vient de convoquer sous sa présidence un grand meeting, afin d'organiser définitivement dans les fabriques, les ateliers, etc., partout où l'on travaille, le prélèvement de 10 cent. par semaine sur tous les salaires. Sir H. Isaacs a présenté à l'assemblée une autre proposition, celle d'obtenir des comités dirigeant les hopitaux le moyen de secourir les malades sans que ceux-ci soient obligés d'abandonner leurs travaux. Les deux propositions du lord-maire ont été adoptées ; seulement déterminera-t-on les ouvriers à consentir au maigre sacrifice qui leur est demandé ?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Variole à Paris et le service des revaccinations.

Nous avons insisté bien des fois sur la nécessité d'une organisation sérieuse du *service des vaccinations et revaccinations* dans notre pays, et, en particulier, à Paris; ce qui nous débarrasserait à peu près, sinon complètement, de la *variole*. Si nous y revenons aujourd'hui, c'est que, en février, le nombre des décès par variole a un peu augmenté et qu'il y a lieu, par conséquent, de ne pas perdre de vue cette importante question d'hygiène.

Chaque fois que nous avons eu le regret d'enregistrer le décès, par variole, d'un interne ou d'un externe des hôpitaux, ou d'un étudiant en médecine, nous avons relevé la responsabilité morale qui incombait aux médecins, chefs de services, à l'Administration, à la Faculté, et réclamé, et de l'Assistance publique et de la Faculté, qu'elles exigeassent des étudiants, des externes et des internes, un *certificat de revaccination.*

Chaque fois que nous avons connu le décès, par variole, d'un agent du personnel secondaire, — surveillant, surveillante, infirmier ou infirmière, — nous en avons profité pour réclamer la *revaccination*, à des périodes régulières, de tout le personnel secondaire des hôpitaux et hospices.

Enfin, nous avons demandé à l'Administration de procéder, avec la plus scrupuleuse exactitude, à la revaccination de tous les malades sortants, en ce qui concerne les hôpitaux, et de tous les vieillards et infirmes entrants, pour les hospices.

Nous avons eu gain de cause auprès de l'Administration de l'Assistance publique. En effet, le 19 avril 1879, elle a adressé une première circulaire aux directeurs des hôpitaux prescrivant la revaccination du *personnel secondaire*. Cette première circulaire n'a pas produit tout ce que l'Administration en attendait. Elle est bientôt devenue lettre morte. Aussi, l'an dernier, M. Peyron a-t-il dû donner de nouveaux ordres pour que, dorénavant, les revaccinations soient faites régulièrement. Nous avons la conviction qu'il ne perdra pas de vue ses ordres antérieurs.

En second lieu, l'Administration a imposé « l'obligation pour les étudiants qui se présentent au concours de l'externat de produire un certificat de revaccination « depuis le concours de la fin de l'année 1883. » Nous ne pouvons donc que féliciter l'Administration de l'Assistance publique de ce qu'elle a déjà fait, en insistant pour qu'elle exige que tous s'y conforment strictement.

Malheureusement, nous ne pouvons pas adresser les mêmes éloges à la Faculté de Médecine. De ce côté, rien n'a été fait. On n'exige même pas, nous assure-t-on, des jeunes gens qui viennent se faire inscrire comme étudiants, de certificat de vaccine. Cela est d'autant plus regrettable qu'un grand nombre d'entre eux, ne concourant pas à l'externat, ne songent pas à se faire revacciner et fournissent chaque année un aliment aux épidémies, et partant des victimes que l'on regrette, que l'on pleure, oubliant la responsabilité incombant à ceux qui ont le devoir de prescrire les mesures nécessaires. Aussi insistons-nous vivement auprès de notre ami, M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, pour qu'on exige, au début des études médicales, un certificat de revaccination et pour qu'on organise, dans ce but, un service de revaccination dans les salles consacrées aux cliniques de la Faculté. B.

Le Choléra en Perse et en Mésopotamie.

« Plusieurs journaux, dit la *Gazette hebdomadaire*, persistent à affirmer que le choléra sévit actuellement en Perse. Nous sommes formellement autorisé à déclarer que cette affirmation est inexacte. La dépêche que nous avons récemment publiée (*Mercredi médical* 19 février 1890) émanait directement du premier ministre de S. M. le Schah de Perse et non d'une correspondance ottomane. »

Les informations officielles que l'administration sanitaire a reçues de Bagdad annoncent en effet que le choléra a disparu en Mésopotamie, ce qui est possible étant donné le froid hivernal assez intense.

D'après les dernières informations reçues de la mission russe à Téhéran, écrit le Dr Huebner, de Saint-Pétersbourg, dans le *Wratch*, le choléra a passé de Mésopotamie en Perse vers le milieu d'août 1889 et aurait sévi d'abord à Mokhammer, Buthir, Mendeleï et Shuster. Il a ensuite successivement envahi Kermandshah, Maïdesth, Kurremabad et Kurrem-Abad en Luristan, puis Senneh et Kel-Kur-Abad en Kurdistan, enfin Hamadam et son voisinage. Pour protéger Téhéran et Azerbaidman de la maladie, le gouvernement perse chargea le Dr Albu d'établir une quarantaine sanitaire à Karmandshah et à Khanhavar, localités situées à moitié route entre les villes ci-dessus et Hamadan. En même temps le Schah ordonnait aux gouverneurs de Kermanshakh, Hamadan et Herus, *sous peine de mort* (1), de retenir, jusqu'à nouvel ordre, tous les pèlerins ou voyageurs arrivant de Bagdad. Le gouverneur du Kurdistan reçut également l'ordre d'organiser des quarantaines dans le district de Merwan, les villes de Ban, de Sakkyr et le long de la frontière turco-persane.

Ces mesures semblent avoir donné des résultats, si on en croit les dépêches envoyées par les autorités locales des points contaminés au ministre de l'intérieur de Perse. Le 5 décembre, un télégramme de Kurrem Abad annonçait 7 cas de mort le jour même et apparus après un long intervalle d'absence absolue du choléra.

Le 6, un télégramme de Kermanshakh annonçait un cas fatal et la présence de fièvres et de dysenterie maligne. Le 13 et le 14, on signalait d'Hamadan 6 ou 7 cas mortels. De Mélaïr, on informait le gouvernement que l'épidémie était complètement terminée dans cette localité.

L'office sanitaire turc, tout en soumettant les provenances de Perse à une quarantaine d'observation de 5 jours, annonçait le 9 janvier qu'il n'y avait plus de choléra en Mésopotamie.

Voilà tout ce qu'on sait. Mais si les mesures prises par la Perse sont parvenues à arrêter les progrès du mal, il n'en est pas de même dans le Hedjaz. La variole et la dysenterie attendent les pèlerins à la Mecque, et on sait quel encombrement malsain crée en cette ville le pèlerinage annuel qui se termine dans le courant de juillet, mais commence vers le milieu de mars. Il importe absolument que le conseil sanitaire veille très exactement sur ce coin de l'Asie et que l'Europe se tienne sérieusement sur la défensive, jusqu'à ce que toute chance de contagion soit certainement devenue impossible. L. R. Regnier.

(1) On ne plaisante pas avec l'hygiène en Perse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mars 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Raphael Dubois étudie la *physiologie comparée des sensations gustatives et tactiles* chez les Mollusques du genre Pholade. Les grands palpes circumbuccaux ne sont pas sensibles aux excitants sapides : il en est de même pour les autres points du corps, sauf pour la paroi externe et interne du manteau. Le siphon est très sensible ; la surface de ce dernier est tapissée par une couche d'éléments morphologiquement identiques qui sont impressionnables à la fois par les excitations lumineuses et par les substances sapides. L'impression a eu lieu sur le segment épithélial, la sensation est produite par le mouvement du segment contractile qui lui fait suite, la perception a lieu dans les ganglions nerveux et elle est exprimée par la contraction des muscles moteurs du siphon.

M. Mayet signale un *procédé technique d'étude du noyau des globules blancs*. On mélange intimement au sang de l'acide acétique cristallisable dans la proportion d'une partie de sang pour trois d'acide. Les globules rouges deviennent très peu apparents, le protoplasma des leucocytes est lui-même dissous et les noyaux décortiqués se présentent avec un contour très net : les nucléoles sont également très visibles.

M. Léon Guignard décrit *la localisation, dans les plantes, des principes qui fournissent l'acide cyanhydrique*. Dans la feuille du laurier-cerise, ce sont les cellules de la gaine endodermique extérieure au faisceau libéro-ligneux qui contiennent l'émulsine ; ces cellules ne renferment pas d'amygdaline. Cette dernière substance se trouve partout, dans le parenchyme foliaire, ailleurs que dans les cellules de la gaine. Dans l'amande amère, l'émulsine se trouve dans le péricycle si l'on examine l'axe embryonnaire ; elle se trouve dans la gaine endodermique et dans le péricycle si l'on examine les cotylédons.

M. V. Lemoine indique *les rapports qui paraissent exister entre les Mammifères crétacés d'Amérique et les Mammifères de la faune cernaysienne des environs de Reims.*

MM. H. Moissan et Landrin étudient la *préparation et les propriétés de l'aricine* (Quinquina ariea).

M. Pagnoul signale l'*influence des feuilles et de la lumière sur le développement des tubercules de la pomme de terre.*

M. A. Chatin continue ses recherches sur la *composition chimique de la Truffe.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 mars 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Déjerine. — *Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Freidreich.* — Dans cette affection, la névroglie présente un réseau de fibrilles très visible qui n'existe pas dans la sclérose du tabes ; de plus, les vaisseaux ne sont qu'à peine lésés ; les cloisons pie-mériennes ne sont pas épaissies. C'est le contraire dans le tabes. Il n'y a donc pas, dans les cordons atteints, de sclérose inflammatoire vraie, mais une sclérose résultant d'une anomalie de développements, une véritable gliose qui ressemble à celle qu'a décrite M. Chaslin dans le cerveau des épileptiques. On voit donc que, de par l'anatomie pathologique, la maladie de Freidreich est un arrêt de développement, une malformation, ce qui explique qu'elle soit héréditaire et qu'elle

s'accompagne d'autres malformations, du côté du cœur, par exemple.

M. Lannelongue. — *Sur la greffe du corps thyroïde chez l'homme.* — On sait que l'extirpation totale du corps thyroïde expose à des accidents étudiés d'abord par Reverdin de Genève, sous le nom de myxœdème opératoire; la mémoire s'affaiblit, les forces disparaissent, les sens sont obtus, les téguments sont pâles, infiltrés de mucine, etc. Ils sont entièrement semblables à ceux qu'on observe chez les sujets privés « de corps thyroïde » et atteints de l'affection décrite par Ord et Gall, en Angleterre, par Charcot, en France, et surtout par Bourneville et Bricon, sous le nom de cachexie pachydermique. Ces derniers auteurs montrèrent que la maladie pouvait exister chez l'enfant. L'expérimentation sur les animaux, faite d'abord par Schiff, donna des résultats absolument concordants avec ceux de la chirurgie et de la clinique ; bien plus, Horsley essaya de greffer le corps thyroïde dans le péritoine pour prévenir le myxœdème, et montra que l'opération était possible. Il alla jusqu'à conseiller la greffe du corps thyroïde chez l'homme dans le cas d'ablation de la glande. Si le corps thyroïde est complètement détruit chez un enfant, ou si on est obligé de l'enlever totalement, on doit conclure, d'après les observations si complètes de Bourneville, que l'enfant ne se développera pas, qu'il sera voué à l'idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique. C'était le cas d'une petite malade du service de M. Legroux, atteinte de myxœdème ; nous avons donc entrepris de lui greffer un corps thyroïde de mouton ; l'opération a été faite très simplement. Les deux tiers du lobe gauche du corps thyroïde d'un mouton adulte, mais jeune, ont été enlevés, la surface avivée et le tout greffé, non pas au cou, qui était gonflé par le myxœdème, mais sur le thorax, au-dessous du sein droit. On pourra ainsi surveiller l'évolution de la greffe. Au bout de huit jours, les fils furent enlevés, la cicatrisation était parfaite, et l'on sentait le corps thyroïde un peu moins dur qu'au moment de son introduction. Maintenant la greffe est prise ; il n'y a plus qu'à attendre ce qui va se passer.

M. Chauveau. — L'histoire générale des greffes n'est pas favorable à l'idée d'un succès définitif dans ce cas ; car il est probable que le corps thyroïde se résorbera. Le testicule de mouton peut se greffer avec la plus grande facilité dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais au bout d'un certain temps il se détruit toujours. Les adhérences capillaires superficielles ne suffisent pas pour entretenir la vie de l'organe : il faut de gros vaisseaux.

M. Dastre. — Les études de P. Bert, publiées dans sa thèse de 1863, montrent en effet que la plupart des tissus greffés se résorbent ; mais peut-être en sera-t-il autrement pour le corps thyroïde, qui est une glande vasculaire sanguine.

M. Lannelongue. — Les physiologistes ont observé qu'en enlevant le corps thyroïde du chien et en le greffant dans l'abdomen, on voit non seulement la greffe prendre, mais le corps thyroïde persister, et l'animal échapper à la cachexie pachydermique ; c'est ce qui a décidé l'intervention dans mon cas.

M. G. Pouchet. — Il y a dans les greffes deux catégories bien distinctes, celle d'une espèce sur la même espèce, et celle d'une espèce sur une différente. Cette seconde est beaucoup plus difficile à réussir; aussi faudrait-il prendre, pour l'expérience, des corps thyroïdes de suppliciés.

M. Netter. — J'ai eu l'occasion d'observer un homme qui s'était tiré une balle de revolver dans la bouche et qui mourut, au bout de 19 jours, de *méningite suppurée.* A l'autopsie, on retrouva la balle dans l'encéphale et on constata une broncho-pneumonie légère. Le pus des méninges, cultivé, donna deux sortes de microbes : du Pneumocoque et du Staphylocoque pyogène doré. Les mêmes microbes se retrouvaient dans les foyers d'alvéolite du poumon. Ce cas montre que les méningites suppurées traumatiques se comportent exactement comme les méningites médicales ; j'ai, en effet, trente observations de méningite suppurée à pneumocoques. Ces micro-organismes venaient de la bouche, et le trajet qu'a créé la balle leur a servi de chemin pour pénétrer dans le crâne. En effet, le sujet avait des pneumocoques dans la bouche et dans les sinus sphénoïdaux. J'ai fait, il y a quatre ans, des expériences consistant à inoculer des cultures pures de pneumocoques sous la dure-mère trépanée. On provoque ainsi chez le cobaye une méningite suppurée. Mon malade avait réalisé sur lui-même, sans le vouloir, une expérience de ce genre.

M. Henneguy lit une note de M. Bataillon sur *la disparition des fibres musculaires* situées dans la queue des têtards de grenouille, pendant la période qui précède la chute de cet organe. Les leucocytes jouent, dans cette disparition, un rôle très important qui est à rapprocher de leur rôle phagocytaire dans la théorie de Metschnikoff.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 *mars* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. G. Sée lit en son nom et au nom de M. Lapicque un travail sur l'*action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition.* La caféine à petites doses répétées, 60 centigrammes environ par jour, facilite le travail musculaire en agissant sur le système nerveux moteur, diminue la sensation de l'effort, écarte la fatigue et empêche ainsi l'essoufflement et les palpitations consécutives à l'effort. Elle augmente les pertes de carbone de l'organisme, mais ne restreint pas les pertes azotées : elle n'est donc pas une substance d'épargne. La caféine n'agit qu'au prix de l'usure de l'organisme qu'elle excite. Loin de remplacer les éléments, elle ne remplace que l'action tonique que produit leur ingestion. Quant à l'action de la caféine sur le cœur et les vaisseaux, comme elle paraît différente de celle qu'on admet ordinairement, il faut attendre pour se prononcer d'avoir expérimenté toute la série xanthique à laquelle elle appartient.

M. Chaumier (de Tours) communique un travail sur les *tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.* Elles peuvent apparaître dès la naissance, mais tendent à disparaître spontanément vers 18 ou 20 ans. La scrofule y paraît étrangère. Les symptômes auriculaires (surdité, otorrhée) sont assez fréquents. Les enfants ont presque toujours la bouche ouverte, jour et nuit. La voûte en ogive est aussi un signe fréquent. Les amygdales sont assez souvent hypertrophiées et nécessitent leur ablation. Quelquefois on rencontre des granulations du pharynx buccal, des ganglions cervicaux. Il y a souvent une gêne respiratoire d'origine nasale. Enfin, il y a trois sortes de complications fréquentes : les accidents laryngo-bronchiques, les terreurs nocturnes et les angines. En raison de leur gravité, les tumeurs adénoïdes doivent donc être toujours recherchées. Le diagnostic ne présente en général aucune difficulté. Quant au traitement, il consiste dans l'ablation ou le grattage.

Election d'un associé libre : M. Lereboullet est élu par 57 voix sur 83 votants.

La liste de présentation à la place vacante, dans la section de pathologie chirurgicale, est dressée ainsi qu'il suit : en 1re *ligne*, M. Terrier; en 2e *ligne*, M. Chauvel ; en 3e *ligne*, M. Périer ; en 4e *ligne*, M. Berger ; en 5e *ligne*, M. Nicaise ; en 6e *ligne*, M. Horteloup.

Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 7 *Mars* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Gilbert-Ballet, revenant, à l'occasion du procès-verbal, sur la communication de M. Barié dans la précédente séance, fait remarquer que deux faits surtout sont intéressants à y relever : le premier, c'est que le *délire dans la fièvre typhoïde* peut affecter la forme mélancolique avec dépression, idées de

persécution ou idées religieuses ; le second, c'est l'influence causale de la dothiénentérie sur la production de ces délires. Ces états, cependant, diffèrent du délire partiel, tel que l'a décrit Lasègue, par la présence d'un état d'excitation ou d'un état mélancolique. Ce sont des états maniaques ou lypémaniaques avec idées de persécution. La fièvre typhoïde peut-elle, à elle seule, engendrer ces variétés de délire? La fièvre typhoïde est assez commune; ces faits de délire partiel sont rares. Un autre élément doit donc intervenir ; il existait dans deux des cas de M. Barrié et peut-être n'a-t-il pas été recherché suffisamment dans les autres. De la communication il ressort, en résumé, que les malades de fièvre typhoïde peuvent présenter des idées de persécution au cours d'un délire maniaque ou lypémaniaque. que la fièvre typhoïde est un élément causal important de ces variétés de délire, mais qu'il s'y joint un facteur héréditaire qui doit être toujours attentivement recherché. Le délire de persécution, tel que le comprend M. Barié, n'est pas du tout le délire de persécution des aliénistes.

M. Séglas pense avec M. Ballet qu'il ne s'agit pas là de vrai délire systématisé. La preuve qu'il n'y a pas systématisation, c'est que M. Barié lui-même reconnaît la nécessité du diagnostic avec le délire aigu qui est la forme la plus nette des délires sans systématisation. Le pronostic favorable n'est pas non plus en rapport avec l'idée de délire partiel vrai qui implique l'idée de chronicité et d'incurabilité. Le traitement par l'opium, si utile aux malades cités par M. Barié, est contraire à ceux qui sont atteints de délire partiel. Ces formes ne doivent pas être détachées des délires fébriles dont ils constituent une forme spéciale. Mais ils ne doivent pas former une classe à part en dehors des délires fébriles.

M. Barié ne voit pas de différence entre la marche du délire chez ses malades et celle décrite par Lasègue. Il a cru devoir faire ressortir l'influence de la fièvre typhoïde comme cause d'une variété de délire partiel différent par son pronostic du délire systématisé apyrétique.

M. Ballet. — Les idées de persécution survenant à titre épisodique dans les délires généraux s'observent souvent. Cela ne ressemble en rien au délire systématisé décrit par Lasègue. C'est mal spécifier le délire présenté par les malades de M. Barié que le qualifier de délire partiel. Cette définition ne peut aller avec les qualifications classiques adoptées par les aliénistes. Il s'agit d'idées de persécution dans le cours du délire maniaque.

M. Séglas. — Les malades observés par Lasègue se présentèrent à lui au moment de l'acmé. L'excitation existe souvent alors à titre de phénomène secondaire. Mais on a vu depuis que cette évolution était toujours précédée d'une période préparatoire extrêmement longue (période d'interprétation délirante). La pathogénie de la psychose systématisée est différente de celle des délires présentés par les malades de M. Barié et il y a lieu de ne pas les confondre avec cette maladie.

M. Ballet. — Certains dégénérés héréditaires délirent à propos de rien. *A fortiori* délireront-ils à propos d'une fièvre typhoïde. L'argument n'a donc pas toute l'importance que lui prête M. Barié.

M. Huchard dépose sur le bureau de la Société un ouvrage relatif à l'organisation des hôpitaux en Russie. Il recommande cette organisation à l'attention de ses collègues.

M. Vaillard, au nom d'une commission composée de MM. Lallier, Ollivier, Chantemesse, Chauffard et du rapporteur, lit son rapport sur *la double distribution d'eau de source et d'eau de Seine dans les habitations privées et l'épuration de l'eau de Seine.* Le rapport rappelle que les travaux de MM. Chantemesse et Widal ont établi que l'eau de Seine entretient l'endémicité de la fièvre typhoïde à Paris, — fait contrôlé pour l'armée par M. Ollivier qui proposait, en même temps, de pourvoir toutes les habitations d'une double canalisation, l'une amenant l'eau de Seine pour les usages vulgaires, l'autre l'eau de source, exclusivement réservée à l'alimentation. Le Conseil d'hygiène ayant refusé de sanctionner cette mesure, la question revint devant la Société médicale des hôpitaux et donna lieu au présent rapport. La double canalisation est-elle facilement réalisable, pratique et désirable? La communication de M. Bechmann à la Société de médecine publique a montré que, pour rendre cette mesure utile, il faudrait créer une troisième distribution indépendante de celle du service des rues, ce qui exigerait une dépense d'environ cent millions et dix ans de travaux. La dérivation proposée de deux nouvelles sources coûtera trente-cinq millions et peut se faire en 3 ans. De plus la création d'une double canalisation ne met pas sûrement à l'abri ; des erreurs, voulues ou non, seront commises. L'adduction des nouvelles sources est meilleure. La Commission s'est demandé, en outre, s'il ne conviendrait pas d'envisager les cas où l'usage de l'eau de Seine serait rendu nécessaire en dépit de toutes les prévisions, soit que les conduites aient besoin de réparations, que les sources tarissent, ou que la ville étant investie l'ennemi coupe les conduites d'eau, et d'examiner si on ne pourrait purifier l'eau de la Seine par la filtration, comme on l'a fait à Londres pour la Tamise, à Berlin pour la Sprée, rivières autrement polluées que la Seine. L'étude de la filtration au moyen des bassins de sable montre que les microbes sont arrêtés, au moins en grande partie, par ces filtres bien maniés. L'épuration réalise donc un bénéfice énorme permettant de réduire les chances de morbidité dans des conditions très appréciables. Cependant l'épuration par filtration des eaux de la Seine ne doit être employée que comme une ressource accessoire permettant, seulement dans quelques cas de nécessité absolue, de remplacer l'eau de source absente.

En résumé, la commission croit pouvoir affirmer sa confiance absolue dans les nouvelles amenées d'eau de source au point de vue de la santé publique, sans promettre cependant que cette mesure suffira à éteindre radicalement la fièvre typhoïde qui reconnaît aussi d'autres causes que la souillure des eaux potables, causes qu'il faudra à leur tour poursuivre et atteindre. Elle propose les conclusions suivantes : 1° L'eau de source offre *seule* les garanties de pureté désirables et assurera *seule* la sécurité complète contre les dangers connus de la transmission du germe typhique par les eaux potables. Il est impérieusement urgent de les substituer partout, pour les usages alimentaires, à l'eau de Seine dont la nocuité est établie. 2° En raison de l'adduction assurée, et très prochaine des sources de la Vigne et de Verneuil, l'établissement obligatoire d'une double distribution d'eau de source et de Seine dans toutes les habitations privées ne présente aujourd'hui aucun avantage réel. Il obligerait à des travaux plus longs et des dépenses plus onéreuses que l'amélioration des sources nouvelles, sans conférer des bénéfices suffisamment certains pour la santé publique. 3° Lorsque les eaux de source viennent à faire temporairement défaut, il est dangereux de recourir aux errements actuels qui consistent à distribuer de l'eau de *Seine intégrale* ; agir ainsi c'est disséminer volontairement la cause même de la fièvre typhoïde. 4° L'insuffisance des eaux de source et, par suite, la nécessité d'y suppléer par l'eau de Seine devant toujours être prévue, il y a lieu aussi de prévoir dès aujourd'hui les moyens propres à épurer l'eau du fleuve, à la débarrasser, dans la mesure du possible, des germes pathogènes qu'elle transporte. 5° La possibilité d'une interruption totale et prolongée des conduites d'eau de source en cas de siège ou d'investissement de la capitale, la certitude des dangers qui ressortiraient alors pour la population civile et militaire de la consommation exclusive de l'eau du fleuve, imposent d'une manière plus pressante encore la mise en pratique de l'épuration préalable. 6° La filtration au moyen des bassins de sable, utilisée déjà par plusieurs grandes villes, pourra très utilement servir à purifier l'eau de Seine ou de rivière. 7° Les filtres à bassins de sable ne sont pas des filtres parfaits, donnant de l'eau bactériologiquement pure, mais ils réduisent le nombre des microbes véhiculés par l'eau dans des proportions considérables et suffisantes pour écarter ou diminuer les dangers que comportera toujours la distribution de l'eau de Seine intégrale.

M. Dumontpallier propose de reporter la discussion de ce rapport et de ses conclusions à la prochaine séance (adopté).

M. Variot communique une observation de *cyanose avec lésions congénitales du cœur sans signes d'auscultation.* — Malade de cinq ans 1/2, qui présenta, au cours d'une méningite

tuberculeuse dont elle mourut en cinq jours, une teinte cyanotique de la face, de la peau et des muqueuses avec spatulation des doigts datant de la naissance. Cette cyanose est plus prononcée aux membres et augmente par les efforts, les cris. L'impulsion cardiaque est forte, les bruits nets bien frappés, un peu éclatants. Absence complète de souffle. A l'autopsie, méningite tuberculeuse. Epaississement de la boîte crânienne, dilatation des canaux de Havers. Le cœur occupe sa position normale, le ventricule droit n'est pas affaissé, la face antérieure des ventricules mesure 65 millimètres. Péricarde sain. L'aorte à son origine est dilatée jusqu'au tronc brachiocéphalique, les vaisseaux originaires de l'aorte sont dilatés. L'artère pulmonaire est grêle, son diamètre est de 15 millimètres, ses deux branches sont réduites, leur paroi est mince. Pas de vestige de canal artériel. La cloison interventriculaire présente une grande perte de substance immédiatement au-dessous de l'origine de l'aorte qui semble naître des deux ventricules et offre une ouverture triangulaire à valvules suffisantes. Endocarde sain. Orifice pulmonaire tout à fait déformé, 8 millimètres de diamètre, valvules très minces dont l'une présente une petite perte de substance. On pourrait peut-être expliquer l'absence de souffle par l'étendue de la perforation de la cloison interventriculaire. L'absence de souffle au foyer pulmonaire tenait peut-être à l'uniformité du rétrécissement de l'orifice et de l'artère.

M. Cadet de Gassicourt a vu le souffle se produire dans un cas où il y avait aussi rétrécissement de l'orifice et de l'artère. Donc l'hypothèse de M. Variot n'est pas soutenable.

M. Comby conclut de l'absence de perforation du trou de Botal que la cyanose est produite par le rétrécissement de l'artère pulmonaire. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mars 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Kirmission dépose sur le bureau un travail de M. Boix (d'Aurillac) : *Relevé des principales opérations faites à l'hôpital d'Aurillac en 1889.*

M. Chauvel dépose une observation de *fistule rétropénienne* envoyée par M. Piedpremier, médecin-major.

M. Verneuil remet une note de M. Duret (de Lille) sur un cas d'autopsie très détaillée d'un *prolapsus invétéré du rectum.*

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Schmitt, médecin militaire, intitulé de l'*ostéome des muscles de la cuisse*, et basé sur une observation personnelle.

Cavalier qui, à l'occasion d'une chute de cheval en 1884, se rompit les muscles de la région interne des deux cuisses ; ce qui occasionna une impossibibité de monter à cheval. En 1889, 5 ans plus tard, ce cavalier présentait deux tumeurs osseuses dans les muscles de la cuisse, au voisinage de la rupture : à droite, la tumeur siégeait à la partie supérieure du 1er adducteur ; à gauche, à la partie supérieure de l'adducteur moyen.

On a déjà publié 18 observations de ce genre. Les ostéomes paraissent avoir été la conséquence de tous les cas de traumatismes musculaires. Ils surviennent d'habitude dans le jeune âge, à la période où l'ossification n'est pas encore arrêtée ; mais il faut une certaine prédisposition spéciale, inconnue d'ailleurs. M. Schmitt range ces ostéomes en quatre catégories : ostéomes non douloureux ; ostéomes non douloureux, mais empêchant le travail ; ostéomes douloureux avec travail possible ; ostéomes douloureux avec travail impossible. Il conseille l'intervention dans les trois derniers cas ; l'opération ne présente aucun danger, assure une cure radicale et les fonctions se rétablissent la plupart du temps. M. Chauvel ajoute qu'il ne faut pas promettre, en même temps que l'ablation de la tumeur, la disparition des douleurs.

M. Chauvel fait un autre rapport sur une observation d'*opération de Wladimiroff-Mickulicz*, due à M. Chaput, exécutée pour une fracture des os du tarse vicieusement consolidée. On ne fit pas la suture nerveuse, ni la suture osseuse. M. Chauvel se demande si dans ce cas particulier M. Chaput n'aurait pas mieux fait de se borner à l'ablation du scaphoïde ou à la résection de la tête et du col de l'astragale.

M. Berger a vu l'opéré de M. Chaput ; il y avait un peu de mobilité, ce qui d'ailleurs ne paraissait pas nuire au parfait fonctionnement du pied. Il n'est donc point besoin, d'une manière absolue, d'une soudure osseuse complète. Cependant, dans quelques cas, à cause d'une mobilité du même genre, on a dû faire des opérations complémentaires. Dans un cas même on fut obligé de recourir à l'amputation.

M. Villeneuve (de Marseille) lit une observation de *néphrectomie pour tumeur maligne du rein.*

Homme de 46 ans, sans antécédents héréditaires, souffrant depuis 18 mois, de douleurs épigastriques violentes et ayant des vomissements bilieux. Il y a 4 mois, hématurie très abondante. Jamais de colique néphrétique. Pas de douleurs dans les lombes. Tumeur rénale avec ballottement ; polyurie (2,000 à 2,700 gr. par jour) ; urée en quantité moyenne. Pas de sonorité en avant de la tumeur. Diagnostic : Tumeur maligne du rein droit. Opération le 31 janvier 1890. Incision postérieure en L à 7 cent. de la colonne vertébrale. Extirpation du rein, presque réduit en bouillie ; plaie bourrée de gaze iodoformée. Suture. Suites opératoires simples ; les douleurs épigastriques disparaissent. Les urines sont chaque jour en quantité normale, 1,615 gr.

En somme, il y a noter dans cette observation les points suivants : les douleurs épigastriques, l'absence de varicocèle, la polyurie, et la non diminution de l'urée au point de vue symptomatique. L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Nepveu ; c'était un épithélioma du rein.

Suite de la discussion sur le traitement des Pyélonéphrites suppurées.

M. Monod revient sur le traitement de la pyélonéphrite suppurée et cite un cas analogue à celui que M. Brun a rapporté à la dernière séance. Dans ce cas, la malade souffrait depuis 3 ans d'une cystite purulente intense ; il y avait en même temps tumeur rénale. Il fit une néphrectomie transpéritonéale sous-capsulaire avec contre-ouverture lombaire. A partir du jour de l'opération, il n'y eut plus de pus dans les urines. Dans de tels cas, il faut donc agir d'abord sur le rein.

M. Le Dentu fait remarquer que dans ces cas il est difficile de dire si c'est le rein ou la vessie qui est le plus malade. Il est impossible qu'un rein suppure depuis quelque temps sans qu'il y ait une cystite consécutive. La kolpocystotomie est une excellente opération indiquée dans les cas de cystite avec envahissement léger des uretères, sans distension du rein. S'il y a un commencement de pyonéphrose, il faut enlever le rein.

M. Schwartz a fait deux fois la cystotomie vaginale ; une fois pour cystite douloureuse : une autre fois pour cystite avec lésions rénales. L'amélioration fut très notable. M. Schwartz insiste sur la difficulté qu'il y a à refermer ultérieurement les fistules vaginales dans ces cas, à cause de l'intolérance vésicale et du ténesme qui survient et fait sauter les sutures.

M. Terrillon a fait une néphrectomie transpéritonéale pour traiter une pyonéphrose avec cystite purulente intense ; 12 jours après l'opération, tous les symptômes vésicaux avaient disparu et il n'y avait plus de pus dans les urines.

M. Brun tient à faire remarquer que, si dans son cas il a commencé par faire la cystotomie, c'est qu'il y avait une cystite véritable, et non une cystalgie due à une hydronéphrose.

M. Polaillon. — *Traitement de l'Endométrite par la cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc.* — Ce procédé, qui peut soutenir la comparaison avec le curettage, a été employé, pour la première fois, dès novembre 1883, par M. Polaillon, quoique M. Dumontpallier l'ait recommandé tout récemment à l'*Acad. de Méd.* On prend une flèche prismatique ou cylindrique de même longueur que la cavité utérine ; on l'introduit par le col, la sectionne au ras du museau de tanche, et met un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. La dilatation préalable de l'utérus est très rarement nécessaire. Il faut calculer la grosseur des flèches, d'après le diamètre de la cavité utérine et d'après l'intensité de la cautérisation à produire. S'il s'agit d'endométrite métrorrhagique, la flèche aura de 4 à 5 millimètres ; si la lésion est modérée, une flèche de 2 à 2 1/2 millim. sera suffisante. Les flèches sont formées avec de la farine et du chlorure de zinc. L'es-

chare tombe du 4e au 12e jour; elle constitue un moule exact de la cavité utérine. Ce procédé vaut le curettage le mieux fait. Les suites sont très bénignes; la douleur est nulle ou modérée. En 3 semaines tout est terminé; on se borne à faire pendant le séjour au lit des injections vaginales antiseptiques. Si les douleurs persistent, on fait une seconde cautérisation. Depuis 1883, M. Polaillon a traité ainsi 57 malades à l'hôpital. 5 opérées n'ont pas été guéries; il y a eu une amélioration; 11 opérées sont sorties du 9e au 12e jour et n'ont pas été suivies; 40 sont sorties guéries après 24 jours de traitement. Il n'y a eu que 3 récidives. En ville, M. Polaillon a fait 12 fois cette cautérisation: il a eu 1 insuccès, 8 guérisons, 3 améliorations. Les inflammations des ovaires et des trompes peuvent guérir par cette intervention. Sur 67 malades, 13 avaient des salpingo-ovarites; 3 restèrent non guéries de leur salpingo-ovarite; 8 en furent débarrassées. Dans aucun cas, il n'y a eu aggravation des phénomènes salpingo-ovariens. Ce procédé n'exige ni anesthésie, ni antisepsie préalables; il n'effraie pas les malades, ne fait courir aucun danger et amène une guérison prompte; l'utérus reprend ensuite ses fonctions.

M. Pozzi fait d'abord quelques remarques sur le procédé de M. Polaillon. Cette cautérisation a l'inconvénient de déterminer des sténoses du canal cervical, 2 ou 3 ans après environ, par sclérose du col; ces sténoses sont très douloureuses et engendrent des actions réflexes fort ennuyeuses. De cette façon aussi, on ne peut pas limiter l'action destructive du caustique et on détermine souvent des oblitérations des trompes ou des rétrécissements de l'orifice salpingien. M. Pozzi parle ensuite de la manière dont il fait le curettage. Depuis 4 ans, il a fait environ 500 fois cette opération. Il ne croit pas la dilatation préalable indispensable et ne la fait que dans des cas spéciaux (nullipares, déviations accentuées de l'utérus pour rendre plus mou le col coudé, etc.). Quand il la pratique, il l'exécute sur-le-champ avec un dilatateur utérin à 3 branches ou les bougies d'Hégar. La dilatation préalable présente certains inconvénients (accidents assez sérieux pendant la dilatation; préambule douloureux s'accompagnant d'insomnie, d'un état semi-fébrile); elle est inutile plutôt que nuisible. L'écouvillonnage après le grattage est aussi inutile. M. Pozzi n'emploie qu'une curette émoussée; il ne tamponne plus l'utérus, sauf dans les cas d'utérus septiques. En somme, le curettage est un excellent traitement pour la métrite catarrhale et hémorrhagique; mais il est insuffisant quand il y a des lésions du col (sclérose, déchirures, ulcérations, néoformations de glandes avec douleurs réflexes). Dans ces cas, il faut faire en même temps l'Emmet ou le Schrœder. Le curettage est aussi insuffisant dans les métrites chroniques douloureuses avec gros utérus, engorgé avec col énorme, un peu de salpingite catarrhale. Le traitement le plus radical de ces cas est l'ablation des annexes, mais on peut obtenir la guérison à meilleur compte; l'amputation biconique du col, qui donne des résultats merveilleux. Le curettage améliore sûrement certaines variétés de salpingites (salpingite catarrhale aiguë, par exemple), mais il n'agit pas sur les pyosalpinx, les salpingites suppurées, les salpingites parenchymateuses chroniques, la salpingite interstitielle ou sclérotique, etc.

M. Trélat préfère la curette tranchante à la curette mousse. Il a vu 3 femmes opérées par le procédé de M. Polaillon; elles présentaient une sténose du col utérin. Cette méthode est certes commode, mais par trop infidèle; s'il y a un orifice étroit, elle ne cautérise que l'orifice; si l'utérus est trop large, elle est inapplicable.

M. Motty présente un malade auquel il a *enlevé la moitié de la symphise pubienne pour tuberculose.*

M. Le Dentu cite un cas de *calcul de la vésicule biliaire traité par la cholécystotomie*; le calcul était enclavé dans le canal cystique. Dès que le calcul fut enlevé, un flot de bile tomba dans la vésicule et il y eut un vomissement bilieux, ce qui démontra la perméabilité du canal cystique. — M. Le Dentu présente une *production cornée* développée dans la région pariétale d'un homme sur un néoplasme.

Election. — Une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie est déclarée vacante. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 février 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Berlioz présente des échantillons d'*acide sulforicinique* préparé par la méthode classique, de polysolvum purum de Muller Jacobs et d'un produit soluble dû à l'action de l'acide sulfurique sur l'huile d'amandes douces.

M. Créquy fait quelques observations au sujet du *coton iodé*. Ce n'est pas un médicament innocent. J'ai vu, il y a quelques années, une brûlure due à cet agent, et, chez un autre malade, une vésication très intense, qui a donné naissance à un anthrax grave.

M. Rougon. — J'ai observé, il y a une dizaine d'années, non seulement des accidents de vésication par le coton iodé, mais encore des accidents iodiques graves.

M. Moutard-Martin. — Toutes les fois qu'un agent quelconque est mal employé, il donne des accidents dangereux. Après l'application d'un sinapisme, on a pu voir survenir des accidents graves (vésication, cautérisation, ulcérations).

M. Créquy. — Pourquoi n'emploie-t-on pas la teinture d'iode, qui est plus efficace et qui ne donne pas ces accidents?

M. Moutard-Martin. — Je trouve, au contraire, que le coton iodé a une action plus lente et plus sûre, et qu'on peut l'employer comme on veut. Rien n'est plus redoutable que la teinture d'iode ancienne, dont l'alcool s'est évaporé.

M. Delpeuch. — La solution de Guibourt (dissolution d'iode dans une solution aqueuse de KI) est moins active. En y ajoutant de la glycérine, on pourrait avoir un topique ayant des propriétés moins caustiques.

M. C. Paul. — Si on applique le coton iodé seul ou avec de la ouate seule, il agit modérément, mais si on met un imperméable par-dessus, on a une action plus rapide et qui peut être caustique.

M. Créquy. — Le coton iodé est un médicament sérieux, qui ne doit pas être laissé à la disposition des familles.

M. Bilhaut lit un rapport sur une communication du Dr Robinson comprenant une observation d'*éruption hydrargyrique consécutive à l'usage interne du calomel à la dose de 15 centigrammes.*

M. Moutard-Martin. — On ne connaît pas d'exemple d'éruption à la suite d'intoxication par le calomel. Cela me paraît anormal.

M. Bilhaut. — Il y aurait, sur un fait semblable, d'après l'auteur, un article de Dubreuilh paru dans les *Annales de la polyclinique de Bordeaux.*

M. Delpeuch. — Il n'y a rien d'extraordinaire, quand on réfléchit à l'action du calomel. C'est un médicament incertain, qui produit parfois des intoxications à doses faibles. On ne sait pas comment il agit. Il est rare qu'on ait de ces actions graves avec le sublimé. Les enfants supportent mieux le calomel que les adultes.

M. C. Paul. — L'intoxication se fait réellement quand on emploie le calomel à doses répétées, mais non quand on le donne en une seule fois. Je n'en ai pas encore vu dans ces conditions.

M. Rougon. — Dans les derniers jours de l'année dernière, j'ai vu un de mes amis, auquel un médecin ordonna 20 centigrammes de calomel, qui ne produisit pas de garde-robe, et deux jours après il fut pris de salivation.

M. Moutard-Martin. — Les doses actives de calomel ne donnent pas de salivation. Je m'étonne de voir le calomel cité comme agent d'éruption et comme agent de salivation.

M. C. Paul demande la mise à l'ordre du jour de la discussion sur l'action du calomel. Les Anglais donnent le calomel à petites doses répétées, sans avoir d'intoxication, mais ils le donnent le soir, et le lendemain ils administrent un purgatif magnésien.

M. Delpeuch. — Les médecins français ordonnaient souvent autrefois le mélange de calomel et de jalap ou de scammonée.

A. Roult.

Mission scientifique. — M. Crampel est chargé d'une mission scientifique dans l'Afrique équatoriale, à l'effet d'étudi les affluents du nord d l'Oubangui.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

III. — **Les anomalies de la vision** ; par le Dr Imbert, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, in-8 de 360 pages avec 48 figures. — J.-B. Baillière et fils, 1889.

IV. — **Centralblatt de Hirschberg.** — Berlin, février 1889.

III. — Il y a quelque vingt ans, de tels livres étaient une nouveauté dans la science; aujourd'hui ce sont plutôt des livres de vulgarisation et des résumés classiques pour les étudiants, bien que beaucoup de médecins y trouveraient matière à étudier et à acquérir.

M. Imbert a désiré remettre au point et dans une forme simple ces questions d'optomètre que Giraud-Teulon, le premier, nous enseignait en France. Son résumé est très clair et complet; quiconque l'aura bien compris, connaîtra suffisamment l'optique médicale. Car c'est là une grande distinction : nous, médecins, nous ne voulons de la mathématique que ce qu'elle fournit d'utile et de pratique dans ses applications immédiates à l'organisme humain. C'est le motif pour lequel le grand ouvrage d'Helmholtz, traduit par Javal, est resté un livre de mathématiciens et non de cliniciens. C'est pourquoi les travaux de Donders, dans cette partie, sont restés ignorés chez nous.

M. Imbert ne s'est pas élevé à cette hauteur, et il est resté pratique, élémentaire.

Son cadre était obligatoirement celui tracé par ses prédécesseurs.

Œil normal et artificiel : valeur des éléments dioptriques de l'œil, accommodation, emmétropies, amétropies et lunettes.

Cette énumération des éléments dioptriques de l'œil est une innovation heureuse, conséquence nécessaire des nouvelles études sur l'astigmatisme; mais déjà le mathématicien l'emporte sur le médecin. — Pourquoi à ces tableaux d'Helmholtz n'avoir pas joint des notions anatomiques au moins aussi utiles? Nous avons en vain cherché dans ce chapitre le diamètre de la cornée, et cependant quelle notion plus importante pour l'opérateur? — Et l'épaisseur des membranes de l'œil?

Le chapitre de l'accommodation aurait pu être rajeuni par les notions nouvelles sur la forme générale du muscle choroïdien, son action et ses fonctions pathologiques tant sur la cornée que sur la lentille et le bulbe entier.

Nous laissons aux mathématiciens le soin de juger la définition de la dioptrie, d'après l'angle de déviation des rayons dans une lentille de 1 mètre de distance locale; de même celle du numéro d'un verre : c'est l'angle de déviation imprimée à tout rayon incident et en particulier au rayon parallèle à l'axe rencontrant la lentille.

C'est une façon nouvelle qui peut avoir son utilité dans l'étude des angles de convergence et d'accommodation, pour leur assimilation à une lentille de tel ou tel degré. Cependant, nous pensons que la dioptrie est surtout définissable par la longueur de son foyer; c'est la notion la plus simple, celle qui frappe le plus l'esprit.

La mesure de l'acuité nous paraît établie sur un principe mieux énoncé, parce qu'il se borne à mesurer l'angle limite accepté, 5 minutes, sans en tirer conséquence sur la surface rétinienne ou mieux sur le nombre des éléments rétiniens sensibilisés. Ainsi posée, il est entendu que cette base d'appréciation est absolument conventionnelle. Le grand chapitre relatif à la mesure des amétropies contient la description de toutes les méthodes usitées. Nous relèverons dans le procédé à l'ophtalmoscope un manque de précision dans les conseils donnés (p. 150) pour mesurer la myopie. — Ce n'est pas, en effet, d'une façon générale, la vascularisation qu'il faut examiner pour avoir une mesure exacte, mais bien les plus petits vaisseaux; car les gros troncs sont vus à des distances fort différentes, tandis que les fines ramifications vasculaires bien perçues, soit du punctum remotum, soit du punctum proximum de l'examinateur, peuvent fournir une mensuration exacte du point qu'ils occupent.

Entre des mains exercées, cette méthode, qui est celle de Schmidt-Rimples et Iœger, donne des résultats supérieurs aux optomètres. En effet, pour l'H..., chez les jeunes sujets, il n'est guère possible d'user de ce dernier instrument.

M. Imbert a exposé dans son livre les recherches nouvelles sur le pouvoir de la convergence et ses relations avec l'accommodation. C'est une transition toute tracée sur les causes du strabisme.

Le chapitre de l'astigmatisme, autrefois si court, est aujourd'hui l'objet de longs développements. — L'ophthalmomètre de Javal et Schjotz s'y trouve décrit avec tout son mécanisme et sa graduation. — Quelques pages ultimes sont réservées à l'anisométropie et au contrôle des lunettes. Assurément, ce petit volume n'a pas la prétention de résumer toute l'optique physiologique; il ne manque pas de lacunes, mais il est largement suffisant pour l'étudiant et pour le savant qui, sans pour cela être médecin, sait assez de *sciences* pour comprendre l'étude des lentilles et saisir le fonctionnemen de l'œil considéré comme instrument d'optique. — C'est le meilleur moyen de connaître la façon de ménager un organe si délicat et si facile de compromettre. — M. Imbert, par son livre de vulgarisation, aura rendu service à tous les amétropes d'abord, et à tous les emmétropes qui voudront savoir comment gouverner leur vue, comme aux étudiants, et à beaucoup de docteurs.

IV. — Le numéro de février du *Centralblatt d'Hirschberg*, contre son ordinaire, ne contient pas beaucoup de faits intéressants : Un mémoire de Ludwig, médecin de régiment, sur la *rupture de la choroïde — pseudo-cysticerque — nystagmus de l'œil.* L'œil était absolument amaniotique; l'autre d'acuité nerveuse. — Cette disposition était la suite d'une inflammation du corps vitré qui avait laissé au fond de l'œil un aspect simulant le cysticerque.

Arnim Frick, de Wurtzbourg, décrit un *nouvel ophtalmomètre*, dit le titre, mais il s'agit d'un ophtalmotonomètre qui s'applique sur la sclérotique dont il mesure ainsi la résistance intérieure. Krönlein traite un sujet dernièrement abordé par Lannelongue : la *Pathologie et le traitement opératoire des kystes dermoïdes de l'orbite.* Les idées sont les mêmes sur la formation fœtale, et l'auteur a dû pratiquer la résection d'une partie de l'orbite pour enlever le kyste.

Weidmann publie sa thèse inaugurale sur les *blessures de l'œil par corps étrangers.* C'est la statistique du traitement par l'extraction magnétique. Les corps étrangers de la lentille amènent la perte de la vue dans la proportion de 30 0/0, pour le corps vitré 72 0/0 et les parcelles métalliques de ce dernier 85 0/0. — De 1877 à 1880, 24 cas ont tous été suivis de terminaison funeste. — C'était 100 0/0 de 1883 à 1886; avec le magnétisme et l'antisepsie, on arrive à 63,15 0/0. C'est donc 37 cas guéris sur 100.

Le dernier fascicule des *Archives de Grœfe* contient un mémoire de Hess sur la pathogénie du microphtalmos. D'après 4 cas examinés, l'auteur n'admet pas l'existence d'inflammations intérieures; tout est contre ce mode de processus. Les vaisseaux ne jouent qu'un rôle secondaire dans cette malformation, et c'est ailleurs qu'il faut en chercher l'origine.

Straub publie une note sur le *Glaucome.* Le fait nouveau qu'il décrit, c'est la non rétraction de la choroïde à la coupe; cette membrane adhère alors la sclérotique sur une assez grande surface. Elle n'est plus rétractile.

Kerschbaumer décrit les *changements qui surviennent par l'âge dans l'uvée.* Ces études sont faites d'abord sur une moitié d'œil réservée à l'examen des rapports; l'autre pour l'histologie. La celluloïdine sert à englober tous les tissus; nous dirons cependant que les manœuvres de passage dans l'alcool, pour arriver à la celluloïdine, ne conservent peut-être pas très exactement la juxtaposition des membranes. L'auteur s'étend sur les différences des faisceaux du muscle ciliaire chez les myopes et les hypermé-

tropes, sur les dimensions de la chambre antérieure. Les altérations des fibres du corps ciliaire, des vaisseaux, la disparition de la membrane locale, suivant les âges et l'amétropie, sont plus exactement décrites. L'auteur n'a pas oublié les excroissances et les formations cystiques de la partie ciliaire de la rétine, qui sont connues depuis l'atlas de Lœger.

Le *royal London ophtalmic Hospital reports* renferme des figures sur quelques cas rares observés par Hutchinson : une déchirure de la choroïde, une ulcération de la cornée, une névrite optique double, une amaurose probablement syphilitique.

Nettleshipp revient sur le *pronostic du glaucome chronique;* il donne les conclusions suivantes : Le premier stade de la maladie est le plus favorable à l'intervention opératoire. L'excavation et la couleur pâle du nerf ne doivent pas entrer dans la formation du pronostic. La tension est d'un pronostic mauvais, si elle est permanente et sans aucune intermittence. La cachexie sénile est d'un mauvais augure. L'opération rend quelquefois la chambre antérieure plus étroite. Ni l'état du champ visuel, ni l'acuité ne garantissent l'arrêt de la maladie. Dans ces conditions, l'opération est inévitable, et le meilleur est de la pratiquer le plus tôt possible.

Nettleshipp emploie l'iridectomie et la sclérotomie, mais la sclérotomie ne paraît fournir qu'un instant d'arrêt dans la maladie.

Collins publie 18 cas d'*irritation atropinale* à Morfields Hospital. Hirschberg prétend qu'on l'évite, en laissant le compte-goutte dans une solution de sublimé ; il faut se méfier des granulations produites par l'usage du compte-goutte alors infecté chez les granuleux. F. Poncet.

(de Cluny).

THÉRAPEUTIQUE

Revue des médications de la Phthisie.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, il ne s'est guère produit de tentatives nouvelles en ce qui concerne la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Le silence s'est fait sur les inhalations gazeuses antiseptiques et les injections intraparenchymateuses. Jusqu'à de plus heureuses découvertes, l'iodoforme, la créosote et son dérivé tout récent, le gaïacol, continuent à faire le fonds du traitement de la phthisie.

En faveur de l'iodoforme, nous avons enregistré plusieurs témoignages importants : celui du Dr Spencer, qui affirme que, parmi les antiseptiques, deux surtout lui semblent préférables : l'iodoforme à l'intérieur, l'eucalyptus en inhalations (*British medical Journal*) ; celui du Dr R. Singleton Smith, de Londres, qui confirme la valeur de cet agent thérapeutique au nom des résultats cliniques, sans prendre souci, dit-il, des expériences de laboratoire, favorables ou non.

On doit constater en effet que, au sujet de l'iodoforme, il n'y a unanimité ni parmi les cliniciens, ni parmi les microbiologistes. Il en est ainsi, il est vrai, de la plupart des médicaments, surtout aux débuts de leur carrière.

Le Dr Dubreuilh, de Bordeaux, a publié un long mémoire qui est défavorable à l'iodoforme. Peu de temps après, M. de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris, écrivait dans le Journal de pharmacie et de chimie une longue et savante réhabilitation de l'iodoforme.

Les recherches de laboratoire présentent les mêmes contradictions. Cependant on doit citer comme favorables les expériences d'un microbiologiste de l'Institut Pasteur, d'une compétence exceptionnelle, M. Yersin. En étudiant l'action des antiseptiques sur le bacille de la tuberculose, il a trouvé que l'iodoforme en solution éthérée, à la dose de dix millièmes, après cinq minutes de contact, tuait le germe ou bacille tuberculeux.

Dans un congrès de médecins allemands, MM. de Ruyter et Sanger, de Berlin, ont pareillement déclaré que l'iodoforme empêche le développement du bacille de la tuberculose sur la gélatine.

Ces résultats trouvent leur confirmation dans les heureux effets des injections iodoformées dans les autres manifestations de la tuberculose, adénites, scrofulides, abcès froids, ulcérations tuberculeuses, etc. Des injections sous-cutanées quotidiennes de deux seringues de Pravaz, coup sur coup, remplies d'une solution de vaseline iodoformée au centième, ont, dans le service du professeur Fournier, amené la guérison d'une scrofulide tuberculeuse, et en même temps la disparition des signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée.

Quant à la créosote, les témoignages favorables ne sont ni moins nombreux ni moins concluants.

Dans les expériences citées plus haut, Yersin a reconnu que la créosote, à la dose de trois millièmes, tuait le germe tuberculeux après deux heures de contact.

D'un autre côté, P. Guttmann (*Deutsche med. Zeit.*) a constaté que les bacilles peuvent à peine vivre dans une solution au 1/4000, et que, si l'on porte le titre à 1/2000, le développement des bacilles s'arrête tout à fait. Il en résulte qu'il faudrait imprégner l'organisme avec des solutions de cette force pour supprimer la cause même de la phthisie. Les doses adoptées et les doses non toxiques ne sont pas suffisamment élevées pour remplir ces conditions. Néanmoins, P. Guttmann, qui prescrit 45 à 60 centigr. par jour, estime que la créosote ainsi continuée pendant plusieurs mois avec quelques interruptions peut produire un résultat durable.

La dose quotidienne employée par le professeur Bouchard est de 0,50 à 0,80 centigr. Mais, dans certains cas à évolution rapide, il l'élève progressivement jusqu'à 3 gr. par jour. La disparition durable de tous les symptômes (guérison apparente) a été observée chez le cinquième des malades du 1er et du 2e degré. Ces proportions se retrouvent dans les relevés présentés par M. Gimbert, et par M. Tapret.

Le mode d'administration de ces deux médicaments, iodoforme et créosote, offre un réel intérêt. En premier lieu, on a tort d'associer ces deux médicaments ; ils ne peuvent être continués pendant la même durée ni donnés à la même dose. L'usage de l'iodoforme exige des suspensions après huit jours environ, tandis que la créosote peut être tolérée presque indéfiniment. D'autre part, avec la simplicité des formules, on fatigue moins le malade, on peut mieux ménager ses organes digestifs ; on n'épuise pas en quelques jours tous ses moyens d'action, on peut mieux varier le traitement et le soutenir. Et puis, on sait mieux ce que l'on fait. Sommes-nous bien suffisamment fixés sur les synergies et les antipathies des médicaments pour faire de la polypharmacie avec assurance ?

Dans le mode d'administration, il y a surtout deux points qui méritent l'attention du praticien :

1° Respecter autant que possible, les organes digestifs. On y arrive et l'on fait tolérer les hautes doses, en faisant prendre le médicament en même temps que des aliments solides ou liquides et en fractionnant la dose quotidienne en plusieurs prises.

2° La pureté du produit : prescrire des préparations portant des marques recommandables nous paraît un des moyens les plus pratiques de remplir cette condition. Ceux qui ont pénétré dans les arcanes de la droguerie savent seuls combien il est rare de rencontrer des produits de qualité supérieure ou seulement satisfaisante. Seules, les maisons qui fabriquent ou du moins analysent et rectifient leurs matières premières, peuvent garantir la pureté de leurs produits. Les préparations du Dr Clertan, connues sous le nom générique de perles d'iodoforme, de créosote, etc., ont été employées dans les hôpitaux de Paris et ont donné aux chefs de service toute satisfaction. Les premières contiennent cinq centigr. d'iodoforme, en solution éthérée, et peuvent être prescrites au nombre de deux à quatre par jour ; les secondes renferment cinq centigr. de créosote pure dans de l'huile de faine, qui est l'huile retirée des semences du hêtre.

BIBLIOGRAPHIE

De l'Ozone (aperçu physiologique et thérapeutique); par le Dr DONATIEU LABBÉ. Une broch. de 42 pages. Paris, 1889. Asselin et Houzeau.

L'auteur commence par établir l'innocuité des inhalations d'ozone. Les accidents attribués jusqu'ici à ce corps seraient dus, d'après M. Labbé, aux substances qui servent à la préparation, et principalement au phosphore. L'ozone obtenu par les effuves électriques serait absolument inoffensif : il agit sur le sang en augmentant la proportion d'oxyhémoglobine. L'action thérapeutique des inhalations d'ozone aurait été, d'après l'auteur, des plus bienfaisantes sur certains malades (tuberculeux, chlorotiques, anémiques) dont le liquide sanguin se serait rapidement enrichi en matière colorante. P. L.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

II. — LES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES (*suite*) (1).

B. — Côté Est.

Si nous passons de l'autre côté de la séparation longitudinale de la galerie, nous voyons d'abord à notre gauche une partie de la belle collection de photographies ethnologiques du prince Roland Bonaparte. Dans une vitrine basse, des ossements et instruments des stations préhistoriques des bords du Rhin sont exposés par le Dr Schaffhausen avec des crânes romains, francs et du XIIe siècle. En face, du même, un moulage intérieur du crâne de Néanderthal et d'un crâne de la caverne de Selten. M. Topinard expose divers instruments anthropométriques, entre autres une boîte anthropométrique pour voyageurs et un goniomètre facial pour le vivant; des craniomètres Virchow et Hölder.

Sous le titre général de « statistique de la couleur des yeux et des cheveux en France, avec le concours du Ministère de la Guerre et de la Marine et de l'Association française » M. Topinard nous montre les résultats obtenus par ses recherches étendues (200,000 observations) auxquelles a participé Mme Topinard. Outre les pièces diverses relatives à l'enquête entreprise par le savant français sur la couleur en France, on y remarque les tableaux suivants : de Mme Topinard, sur les proportions relatives des blonds et des bruns en France et sur la coloration des yeux; du Dr Beddoe, de Bristol, sur la coloration en Angleterre et en Suisse; du Dr Arbo, sur la couleur des cheveux et de la taille en Norvège; des Drs R. Collignon et Bertillon, médecins-majors; répartition en Tunisie de l'indice céphalique, de la taille, des races berbères, de l'indice nasal, de la couleur des cheveux et des yeux, de l'aptitude militaire, des stations préhistoriques et dolmens; du Pr Virchow, 5 cartes de répartition de la couleur des yeux et des cheveux en Allemagne; de M. Lelarge, carte de la taille en France d'après Boudin et Broca; du Dr Collignon, carte de répartition de l'indice céphalique en France; du Dr A. Fallot, de Marseille, carte de répartition de l'indice céphalique en Corse, d'après 200 mensurations; de M. Kollmann, de Bâle, une carte sur les formes crâniennes et l'indice céphalique en Suisse et deux autres sur les proportions des blonds et des bruns des écoliers Suisses. Ce dernier exposant nous montre également des types craniométriques. Des figures de types de nez et de narines des éléments d'anthropologie générale de M. Topinard, complètent le revêtement mural de ce panneau statistique. Plus loin, une belle série de masques, les uns de M. Félix Flandinette, nous montrent des types divers et les autres, du Dr Finsch, des moulages faits sur le vivant dans la mer du sud et les îles Malaies.

Une vitrine basse contient un crâne et les ossements qui l'accompagnaient quand on l'a recueilli à la fondation de la tour Eiffel. Une autre à côté est occupée par les moulages intracrâniens d'hommes et de singes, de M. Meyer, de Dresde, pour l'évaluation comparative de la capacité; en outre, le Dr Hölder, de Stuttgard y montre ses types craniométriques : rhaéto-sarmate, touranien, des tombes en allée, germanique, le tout du Wurtemberg.

(1) V. *Pr. méd.*, no 24, tous les suivants de 1889 et no 1, 4, 5, 7, 8 et 9 1890.

La dernière vitrine haute est remplie d'instruments anthropométriques parmi lesquels nous voyons : les céphalomètres d'Anthelme, du Dr Verneau, du Dr Luys; le goniomètre de Jacquart; le diagraphe de Gavart; le cadre de Camper, etc.

Enfin, M. P. Nadar expose une bien curieuse série de photographies, études de physionomie du vénérable M. Chevreul lorsque, entraîné par l'ardeur, nullement éteinte par l'âge, d'une haute discussion philosophique, sa figure s'illumine au feu d'une pensée intérieure ou s'éteint au repos et à la réflexion calme. Très curieuses également les recherches de M. Nadar sur la photographie composite que nous venons de voir au service de MM. Galton et Billings. « Ces essais tendent à prouver, dit l'étiquette, que dans toute photographie composite le dernier sujet posé est celui qui prédomine et absorbe pour ainsi dire tous les autres », ce qui n'empêche pas, qu'à notre avis du moins, l'anthropométrie photographique en retirera des moyens représentatifs précieux au même titre que les moyennes graphiques des statistiques. Il y a là une série de 10 crânes de Néo-Calédoniens composés et la photographie composite avec les cinq composants illustres du nom de Reclus.

IV. — CARRÉ SUPÉRIEUR SUD.

(*Photographies. — Types ethniques. — Livres et Instruments*).

Le carré de galerie Sud, qui suit la galerie longue, est illustré d'abord par une collection de photographies de M. Risley, de Darjeeling, représentant les races dravidiennes et noires de l'Inde, complétée par cinq beaux moulages des types suivants : Chatria, Tibétain, Brahme, Araon et Maonda. Chaque moulage, grandeur nature, prêt à être habillé, est accompagné de sa feuille anthropologique correspondante. M. Risley expose encore une scène réduite de crémation sur les bords du Gange. L'éditeur, M. Hennuyer, qui est en train de bien mériter de la science anthropologique par ses publications, expose un beau tableau de l'histoire générale des races humaines de M. de Quatrefages, les volumes parus de sa Bibliothèque ethnologique, ainsi que le Dictionnaire des Sciences naturelles de M. Pizzetta. Le stéréo-anthropographe de M. Goldstein est un appareil de fond, mais dont les dimensions et le prix me font craindre un usage restreint.

Nous tournons à gauche et, entre les deux tombeaux du cimetière franc d'Harmignies (Hainaut), exploré par le baron A. de Loë et le comte de Looz-Coswarem, nous entrons dans la très intéressante Section belge d'anthropologie dont nous donnerons une description plus loin avec celle des sections danoise et italienne. En jetant d'ici les regards en arrière, nous constatons que, grâce surtout à M. Topinard, à M. Cartailhac et au concours de nombreux exposants, l'exposition de l'Anthropologie préhistorique et historique du rez de-chaussée a un digne pendant au premier étage, dans celle de l'Anthropométrie et de l'Anthropologie ethnologique.

C. — Expositions spéciales.

A. — EXPOSITION DE L'ÉCOLE, DU LABORATOIRE ET DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Cette exposition collective se trouve un peu à l'écart, dans le couloir des pavillons qui précèdent immédiatement les Missions scientifiques, côté ouest. Elle est fort intéressante autant pour la valeur et la rareté des objets exposés que pour la science méthodique qui a présidé à son arrangement et qui constitue à elle seule un important enseignement. Les objets y sont groupés selon l'époque, les pays et le travail qu'ils ont reçus. On y voit graduellement les résultats du progrès dans le travail de la pierre préhistorique, depuis le simple éclat du silex jusqu'à la perforation des objets en pierre; puis les sujets d'étude d'anthropologie psychologique et médicale, ethnologique et d'enseignement statistique et anatomique. Les collections sont disposées dans quatre vitrines hautes, malheureusement un peu trop exiguës pour donner à leur contenu le relief qu'il mérite. (*A suivre*). G. CAPUS.

INSTITUT ANTI-RABIQUE A NEW-YORK. — Un institut pour le traitement préservatif de la rage va être ouvert à New-York.

VARIA

Faculté des Sciences de Paris.

(Second semestre).

Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 17 mars 1890, à la Sorbonne.

Physique : Les mardis et samedis, à deux heures. M. LIPPMANN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 18 mars. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.— *Chimie organique* : Les mercredis et vendredis, à une heure et demie. M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours (3, rue Michelet), le mercredi 19 mars. Il traitera des Fonctions et étudiera les Composés de la Série aromatique.— *Minéralogie :* Les lundis et jeudis, à deux heures trois quarts. M. HAUTEFEUILLE, professeur, ouvrira ce cours le lundi 17 mars. Il étudiera l'Optique cristallographique et les principales espèces minérales. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. DE LACAZE-DUTHIERS, professeur, ouvrira ce cours le mardi 18 mars. Il traitera de la nutrition. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la Licence. — *Botanique* : Les mercredis et vendredis, à dix heures et demie. M. Gaston BONNIER, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars. Il troitera de l'Anatomie et de la Physiologie expérimentale des végétaux. — *Géologie* : Les mercredis et vendredis, à trois heures. M. HÉBERT, doyen honoraire, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars. Il exposera successivement les Caractères de chacune des périodes géologiques.

Professeurs adjoints : MM. CHATIN (Voir aux Conférences) ; — JOLY (Voir aux Conférences).

Cours annexes.— Spectroscopie et photochimie : Les samedis, à trois heures et demie. M. SALET, maître de conférences, chargé de cours, fera les samedis, à trois heures et demie, un cours de Spectroscopie et de Photochimie. Il commencera le samedi 22 mars (Salle des Conférences, escalier F.) — *Chimie analytique :* (Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3.) Les mercredis, à trois heures trois quarts. M. RIBAN, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars. Il traitera de l'Analyse quantitative.

Conférences : Sur des sujets indiqués par MM. les professeurs. Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques : M. MOUTON, maître de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. PELLAT, maître de conférences. Il traitera de la capillarité, de la propagation de la chaleur et de l'étude des radiations; ces conférences auront lieu les lundis, à 8 heures et demie, les jeudis, à 4 heures (Amphithéâtre de physique). — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures et demie (Annexe du laboratoire de physique). — M. JANNETTAZ, maître de conférences, fera des conférences sur la Minéralogie, les mardis à 10 heures, et samedis, à 8 h. 1/2, dans le laboratoire de minéralogie. — M. JOLY, professeur adjoint, fera, les mardi,s à 9 heures, et samedis, à 10 heures 1/2 (Salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2), des conférences de Chimie sur des sujets indiqués par MM. les professeurs TROOST et DITTE. — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. — M. SALET, maître de conférences, continuera à traiter de la Chimie organique, les mardis, à 3 heures 1/2, dans la salle des Conférences. — M. RIBAN. maître des conférences, fera, au laboratoire, le lundi, à 11 heures, une conférence pratique d'Analyse qualitative : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. — Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — Manipulations de chimie, le vendredi, de 1 heure à 5 heures ; pour les candidats à l'agrégation ; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges.

Sciences naturelles : M. J. CHATIN, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à 10 heures 1/4, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, l'étude de la reproduction et du développement. — M. PRUVOT, maître de conférences, fera, les mardis, au laboratoire de zoologie, à midi, et les samedis, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à 11 heures 1/2, des conférences de Zoologie. — M. VESQUE, maître de conférences, fera, les lundis et les jeudis, à 2 heures, dans la salle des Conférences, des conférences de Botanique. — M. VELAIN, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à 8 h. 3/4, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de Géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures 1/2.

Professeurs honoraires : MM. PASTEUR et DUCHARTRE.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté, et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement six jours avant l'ouverture des sessions. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année scolaire 1890-1891). La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1890 ; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Prix de la Faculté de Médecine en 1888-1889.

Le Conseil de la Faculté, après avoir entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'instruction publique. — 1° *Legs Trémont.* Le legs, de la valeur de 1,000 fr., a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs; — 2° *Prix Barbier.* Deux instruments ou appareils ont été présentés : 1° Une somme de 750 fr. est attribuée, à titre de récompense, à M. le Dr Marage, pour son *nouveau Sphygmographe ;* 2° La somme de 1,250 fr., reliquat du prix, est attribuée à la bibliothèque de la Faculté, — 3° *Prix Châteauvillard :* Huit ouvrages ont été présentés. La Faculté a décidé d'accorder sur ce prix, qui est de 2,000 fr.: 1° une récompense de 1,500 fr. à MM. Legendre, Barette et Lepage, auteurs d'un *Traité pratique d'antisepsie*; 2° 250 fr. chacun, à MM. Legrain et Varnier : le premier, comme auteur d'un volume intitulé : *Hérédité et alcoolisme*; le second, auteur d'un travail original sur le *Détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.* — 4° *Prix Corvisart* : Le prix, qui consiste en une médaille d'or et 400 fr., a été décerné à M. F. Bordas, externe des hôpitaux. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1890, serait *: Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë.* — 5° *Prix Montyon :* Le prix est décerné à M. F. Bordas, auteur du mémoire *: Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde.* — 6° *Prix Jeunesse* (Hygiène) : Deux ouvrages ont été présentés. La Faculté a décerné le prix à M. le Dr Widal pour son ouvrage intitulé *: Etudes sur l'infection puerpérale et la* phlegmatia alba dolens. — 7° *Prix Jeunesse* (Histologie) : Le prix est décerné à MM. Thoinot et Masselin, auteurs de l'ouvrage : *Précis de microbie médicale et vétérinaire.* — 8° *Thèses récompensées.* Médailles d'argent : MM. Albarran, Baudouin, Battard, Delbet, Mme Déjerine-Klumpke, Dubarry, Larrieu, Leudet, Marchal, Martha, Ménard, Pichevin, Pothérat, Récamier, Widal, Wurtz. — *Médailles de bronze* : MM. André, Bataillard, Blondel, Cantin, Carlier, Chartier, Mlle Chopin, Desmartin, Dumoret, Foureur, Gaume, Gilles, Godet, Guinon, Hillemand, Huet, Jacoby, Jarnouen de Villartay, Laure, Mantel, Pages, Pallier, Picord, Raulin, Richard, Sebileau, Thérémin, Vaucher-Weiss. — *Mentions honorables* : MM. Barraud, Bonnecaze, Catalioti, Christmas-Dirckinck de Holmeld, De la Brosse, Delbosc, Dupont, Mlle Edwards, MM. Freulon, Gibotteau, Guinon, Huguet, Lavaux, Lefebvre, Lesage, Louis Mélikoff, Martin, Menéault, Mery, Monnier, Moran, Piot, Plicque, Racoviceanu, Rollin, Ryckewaert, Sérieux, Soca, Thibault, Valat, Yahoubian.

Circulaire relative à la composition des jurys d'examens de validation de stage en pharmacie.

M. le Recteur, aux termes de l'art. 2 du décret du 31 août 1878, les examens de validation de stage officinal sont présidés par un professeur ou agrégé d'une Ecole supérieure de pharmacie ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, assistés de deux pharmaciens de 1re classe. Ces dispositions sont diversement interprétées par les différentes Facultés et Ecoles. — Dans les unes, les deux pharmaciens de 1re classe sont choisis parmi les pharmaciens de la Ville ; dans les autres, ce sont les professeurs mêmes de la Faculté ou Ecole qui composent le jury. — Il y a donc absence d'uniformité dans la constitution des jurys, et des réclamations me sont parvenues à ce sujet.

Il est incontestable que le décret du 31 août 1878 a voulu choisir les juges, donnés aux élèves sortant de l'officine, parmi les praticiens tenant une pharmacie, mais l'application rigoureuse de ces dispositions rencontre dans la pratique des difficultés qu'il est souvent impossible de résoudre.

Il peut arriver, par exemple, que les pharmaciens de 1re classe d'une ville où ont lieu les examens de validation soient en même temps professeurs à l'Ecole, ou bien que le nombre des pharmaciens non professeurs soit insuffisant pour constituer le jury, ou enfin que, pour des motifs de maladie ou autres, les praticiens de la ville ne puissent être appelés à siéger comme examinateurs.

Il y aurait donc des inconvénients à ce que les deux examinateurs prévus par l'art. 2 du décret du 31 août 1878 fussent obliga-

toirement choisis parmi les praticiens de la ville et, par conséquent, à ce que les professeurs de l'Ecole fussent exclus du jury. Ce serait, dans certains cas, rendre impossible la constitution de ce jury.

Le Comité consultatif de l'enseignement public a exprimé l'avis qu'il y avait lieu de tenir compte de ces considérations, et j'ai décidé, en conséquence, que le principe posé par l'art. 2 du décret du 31 août 1878 doit être observé lorsque les membres du jury peuvent être choisis parmi les pharmaciens de 1re classe dirigeant ou ayant dirigé une pharmacie de la ville ou des hôpitaux, et que, dans le cas contraire, il serait loisible aux Ecoles de faire appel aux professeurs pourvus du grade de pharmacien de 1re classe.

Je vous prie de bien vouloir donner des instructions dans ce sens et d'en assurer l'exécution.

Recevez, Monsieur le Recteur, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
A. FALLIÈRES.

Ecole de santé de la Marine.

La création d'une Ecole de santé de la marine et de trois annexes a été votée en principe cette semaine. On décidera ultérieurement en quel port de l'Océan ou de la Méditerranée l'Ecole sera construite. Quant aux trois annexes, elles subsisteront, tout au moins provisoirement. Il faut que l'on voie si une seule Ecole dans le genre de celle de Lyon, avec une annexe dans le même établissement représentant l'Ecole du Val-de-Grâce (Ecole d'application tout à fait spéciale), serait vraiment suffisante pour assurer le recrutement des médecins de la marine. Deux villes semblent toutes désignées, Bordeaux et Marseille. Laquelle des deux l'emportera? Si Marseille était choisie, il faudrait certainement transformer l'Ecole que possède cette ville en Faculté de médecine. — Dans les ports de guerre (Brest, Rochefort, Toulon, etc., etc.), il ne saurait être question de créer une Ecole de médecine importante. Les éléments d'instruction sont trop restreints. Nous sollicitons les remarques de nos confrères de la marine sur cette nouvelle organisation.

Examens d'aptitude des médecins-majors de l'armée active.

Les médecins-majors de 2e classe de l'armée active, lorsqu'ils arrivent dans la première moitié du cadre de leur grade, sont tenus de passer un examen, dit d'aptitude, dont l'obtention est nécessaire pour leur permettre d'être classés pour l'avancement au choix. Cet examen comprend deux sortes d'épreuves : une composition écrite, la même pour tous les candidats, et qui est subie dans leur lieu de garnison sous la surveillance d'un chef militaire; des épreuves orales qui ont lieu à Paris. — On a, avec raison, abandonné les jurys régionaux pour ne plus avoir qu'un jury unique, composé du médecin-inspecteur général assisté de deux médecins principaux de 1re classe. Cette année, la première partie (composition écrite) a eu lieu le 10 février. Les questions données ont été les suivantes : 1° Des viandes de mauvaise qualité et des maladies qu'elles peuvent produire ; 2° Certificats médicaux et administratifs concernant un malade atteint de cachexie palustre. Les médecins reconnus admissibles à la suite de cette première épreuve commenceront le 10 mars, à Paris, les épreuves orales. Celles-ci consistent en : 1° Examen clinique de quatre malades, dont deux fiévreux, un blessé, un de spécialités (yeux, oreilles, etc., etc.); 2° Deux opérations sur le cadavre; 3° Interrogations sur la législation et l'administration militaires. Le jury se compose de M. Léon Colin, médecin-inspecteur général, président; M. Krugbass, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou ; M. Laveran, médecin principal de 2e classe, professeur au Val-de-Grâce. En cas d'admission, un certificat, devant figurer dorénavant dans les notes de service, est remis à l'intéressé. Ce certificat donne les notes obtenues pour chacune des épreuves. (*Bull. méd.*)

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1890.

A la date du 8 mars 1890, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1890, dans les conditions suivantes (le 19e corps excepté) : 50 médecins majors de 2e classe seront convoqués pour une période de treize jours, du 28 avril au 10 mai, dans les corps de troupe de l'armée active (infanterie, cavalerie et artillerie). Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile. Toutefois les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés. Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence : 1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade; 2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage, afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889. Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure, ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les Généraux commandant les corps d'armée.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine a eu deux réunions, les 10 février et 10 mars. Dans la première, M. le Dr Chevandier (de la Drôme), député, a développé le projet de loi sur l'exercice de la médecine qu'il a déposé à la Chambre des députés. Le Conseil l'a approuvé dans son ensemble après avoir demandé quelques légères modifications et a trouvé qu'il donnait satisfaction aux desiderata qu'il avait exprimés dans une de ses dernières séances.

Dans la seconde, il a donné son adhésion au projet du Dr David, qui ne diffère du précédent que par la réglementation de la profession de dentiste.

Dans la prochaine réunion, M. le Dr Chassaing, député, doit exposer le projet relatif aux médecins de quartier qu'il a déposé au Conseil municipal de Paris. MM. les Prs Brouardel, Cornil et Lannelongue, MM. les sénateurs Théophile Roussel et Goujon, MM. Chevandier et David, députés, ont été nommés membres du Conseil. Le secrétaire général, M. PHILBERT.

L'hygiène de l'exercice chez les femmes.

Tout le monde parle des jeux scolaires et de l'éducation physique des écoliers français, du surmenage cérébral, etc. (1). D'aucuns s'en font un tremplin dans le monde médical, et, on nous pardonnera de ne citer ici personne ; d'autres s'en occupent tant dans la presse quotidienne que tout cela finira peut-être par les faire sacrer grands hommes. Quelques-uns même de ces derniers se sont fait une réelle spécialité de cet article-là, qui se vend bien, et personne, en dehors de ces personnalités en vue, ne serait compétent, dit-on, en pareille matière. Tout le monde, il est vrai, n'a pu aller en Angleterre découvrir qu'il vaut souvent mieux jouer aux barres que faire des vers latins ! Soit. Tout cela est très bien, mais on ne songe qu'au sexe fort. Nous serions bien heureux, si ces Messieurs voulaient un peu, au même point de vue, s'occuper du beau sexe. On semble oublier que, s'il ne se laisse pas enfermer dans des salles d'études (et pourtant on y vient), il se laisse fortement emprisonner en des carcasses de fer qui rendraient des points aux cottes de mailles des anciens chevaliers, et qui gênent considérablement l'exercice le plus physiologique et le moins acrobatique du monde, à savoir les mouvements de la respiration. Qui plus est, on perd trop de vue que les dames, comme les hommes, ont vulgairement besoin de ces vulgaires muscles qu'on nous reproche tant d'avoir si rabougris! Pourquoi ne pas le dire, en deux mots comme en quatre ? Qui sait, si certaines d'entre elles sont envahies par le tissu adipeux (le mot technique brave, comme le latin, l'honnêteté) dans une proportion aussi forte, c'est peut-être parce qu'elles ne font pas tout ce qu'il faudrait pour l'empêcher de forcer la porte de l'économie ? Une femme ne doit-elle donc être qu'un paquet de nerfs ? C'est très bien de faire sauter, courir et canoter les garçons en plein air, au lieu de leur faire faire de la gymnastique en chambre. Mais, soyons logiques : faisons danser aussi, en plein air, les jeunes filles !

Nous demandons pardon au lecteur de poser d'une façon si légère une question en apparence si frivole et qui mérite pourtant une réponse réfléchie. A la femme comme à l'homme, il faut des muscles pour vivre ; qu'on n'oublie pas que celle-ci doit être mère si celui-ci doit être soldat. Par ces temps où l'on cherche tant de remèdes à la dépopulation en France, on pourrait peut-être songer à donner un peu de plein air à tant de parisiennes qui blanchissent aux pieds des machines à coudre, ou à l'ombre des fleurs artificielles. Celles-ci n'ont point l'Océan ou la mer du Nord pendant les mois d'été pour réparer des mois d'hiver et des longues veillées le trop visible outrage. N'y aurait-il pas moyen de résoudre pareil problème ? Nous n'osons, sur un sujet aussi scabreux, indiquer un remède, craignant d'avoir déjà trop parlé. M. B.

(1) Voir *Rev. Scientif.*, n° 9, 1890.

L'industrie des Allumettes et l'Hygiène.

M. le Dr David, député des Alpes-Maritimes, qui récemment a appelé l'attention de la Chambre sur les dangers du phosphore ordinaire, vient de recevoir, de M. Rouvier la lettre suivante :

J'ai l'honneur de vous informer que, dès les premiers jours de l'exploitation du monopole de l'Etat, l'administration des finances a fait mettre à l'étude la question de substitution du phosphore amorphe au phosphore blanc. Mais, comme cette substitution pourrait, en raison des habitudes invétérées de la consommation et de la recrudescence de fraude qu'elle ne manquerait pas de provoquer, rencontrer certaines difficultés et porter, en outre, une atteinte préjudiciable au Trésor, j'ai fait rechercher s'il ne serait pas possible de remplacer le phosphore blanc par un corps non toxique ayant, comme lui, la propriété de s'enflammer par frottement sur toutes les surfaces. A cet égard, les chefs de service des manufactures de l'Etat ne désespèrent pas de parvenir à un résultat. En toute hypothèse, des instructions ont été données aux directeurs des fabriques pour qu'ils prennent toutes les mesures destinées à assurer la salubrité des ateliers et l'hygiène des ouvriers. L'administration des finances ne négligera rien, vous pouvez en être convaincu, Monsieur le Député et cher Collègue, pour réaliser, sous ce rapport, toutes les améliorations que lui permettraient d'effectuer les ressources budgétaires dont elle dispose.

Les précautions indiquées par M. le Ministre nous paraissent absolument insuffisantes. Une fois de plus la question de finance l'emporte sur la question d'hygiène.

Rapport sur le projet de revision de la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), sur l'exercice de la Médecine (*suite*);

présenté au nom d'une commission composée de : MM. BROUARDEL, *président* ; BERGERON, BOURNEVILLE, CHATIN, CORNIL, PAUL DUPRÉ, GAVARRET, GRANCHER, A.-J. MARTIN, MONOD, NICOLAS, PROUST ET REGNAULT ; par M. P. BROUARDEL, *rapporteur*.

III. *Examen comparatif des différents articles de la loi sur l'exercice de la médecine proposés par la commission de la Chambre et par le Comité.* — L'article premier, dans les deux projets, déclare que nul ne peut exercer s'il n'est muni d'un diplôme de docteur. Les autres parties de l'article premier du texte de la commission de la Chambre, relatives à l'enregistrement du diplôme et à l'Algérie, sont reproduites dans le projet du Comité aux articles 8 et 34. L'accord est complet.

L'article 2 du projet du Comité vise l'exercice de la médecine par les médecins étrangers. L'article 8 du projet de la commission s'inspire des mêmes principes, mais il spécifie plusieurs conditions que nous vous proposons de ne pas accepter.

Le projet de la commission de la Chambre dit : « Le Gouvernement autorise, sous conditions de réciprocité, les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, possesseurs de diplômes dont l'équivalence avec le diplôme français aura été reconnue, à exercer librement en France et aux colonies. »

Depuis un grand nombre d'années, quelques-uns des membres de votre commission sont chargés d'examiner individuellement la valeur des diplômes étrangers présentés par les docteurs reçus à l'étranger ; leur expérience ne leur permet pas de souscrire à cette proposition. Il est très difficile de savoir la valeur exacte de ces diplômes, car dans un même pays ils ne fournissent pas la preuve des mêmes études, et les universités de chaque pays n'ont pas les mêmes exigences. Pourra-t-on par voie diplomatique exclure les docteurs de telle Faculté, accepter ceux de telle autre, reçus dans une même patrie ?

Les conditions d'étude varient d'université à université ; elles sont de plus très variables dans chacune d'elles suivant le temps. On se plaint que nos programmes changent trop souvent, mais dans les pays les plus voisins, ils sont encore bien plus variables : dans quelques-uns d'eux, chaque université possède une autonomie suffisante pour modifier les conditions d'admission et d'études de ses élèves.

Après l'avoir acceptée, on ne pourrait facilement refuser la réciprocité à un diplôme dont la valeur réelle serait devenue insuffisante.

A défaut de réciprocité, le projet soumis à la dernière Chambre demande que les médecins reçus à l'étranger aient exercé pendant deux ans, et subissent deux examens et une thèse.

Ces conditions seraient bien plus favorables aux étrangers que celles qui leur sont faites actuellement, et dont se plaignent déjà les médecins français ; elles seraient bien plus favorables que celles que nous imposons à nos nationaux. Dans certains pays, on tolère qu'il se fonde des universités vendant leurs diplômes *in absentiâ* ; les titulaires ont le droit d'exercer dans leur patrie ; mais devons-nous pour cela les admettre à exercer en France ? Pourquoi limiter les épreuves à deux examens et à une thèse ? Est-il excessif de demander aux candidats de prouver qu'ils connaissent l'anatomie, la pathologie, l'hygiène, les accouchements, la thérapeutique ? Pourquoi spécifier la thèse, qui est de toutes les preuves la moins valable ? Elle est parfois excellente, le plus souvent seulement suffisante. Quelques Facultés ont demandé qu'elle soit facultative comme pour la maîtrise en pharmacie.

La dispense de scolarité devrait être accordée, dans le projet soumis à la Chambre par M. Chevandier, sur la déclaration du Conseil supérieur. La décision devrait être rendue dans le délai de trois mois. Il y a lieu de remarquer que le Conseil supérieur se réunit tous les six mois, qu'il faudrait alors le réunir tous les trois moins au moins.

Rappelons enfin que pour nos nationaux, quelle que soit leur illustration, on n'accorde guère de dispenses. Quand Soubeyran et J.-B. Dumas ont désiré devenir professeurs à la Faculté de Paris, ils ont dû passer les cinq examens de doctorat.

Enfin, pourquoi exiger seulement des étrangers les frais de deux examens et de la thèse, alors qu'on leur ouvre par faveur une carrière lucrative, alors que cette carrière n'est accessible à nos nationaux que par le paiement intégral des droits d'inscriptions et d'examens ?

L'article 9 du projet de la commission est encore, dans un cas, plus favorable aux médecins étrangers. Le Ministre pourrait exceptionnellement autoriser les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises, à exercer dans la station même.

Si cet article est adopté, on peut dire que la situation sera au moins aussi grave que celle qu'avait créée la loi de ventôse. Les docteurs étrangers ne demandent pas à exercer en France pour s'établir à la campagne ou dans les petites villes : ils vont dans les villes d'eaux ou les diverses stations dans lesquelles la clientèle est plus riche et moins fatigante. Quelques-uns restent à Paris, l'immense majorité réside sur les bords de la Méditerranée ou dans les grandes stations thermales. L'article précédent, qui spécifie quelques garanties, deviendrait inutile.

Si, comme nous l'avions dit dans le rapport de 1886, le médecin étranger qui accompagne un client ou une famille peut être autorisé à donner des soins à ce malade ou à cette famille sans qu'il en résulte d'inconvénient, il serait excessif de l'autoriser à exercer la médecine dans la station. On verrait bientôt des médecins étrangers payer un client, qu'ils seraient réputés accompagner, pour avoir le droit d'exercer dans les conditions spécifiées à l'article 9 du projet.

L'article 3 du projet de votre commission, visant les conditions imposées à l'étranger qui vient faire ses études en France, est à peu près identique avec l'article 11 de la commission de la Chambre. Il en diffère seulement parce que, au lieu d'exiger que le Conseil supérieur intervienne pour décider si les diplômes fournis par le postulant sont équivalents aux diplômes exigés des étudiants français, nous remplaçons les mots « Conseil supérieur de l'instruction publique » par « autorités compétentes ».

La raison est celle-ci : actuellement nous avons à la Faculté de médecine de Paris 700 étudiants d'origine étrangère ; d'autres sont inscrits dans les Facultés de province. Imposer au Conseil supérieur l'examen de dossiers, qui sont à peu près au nombre de 200 par an, semble difficile. J'ajoute que cela entraînerait de longs délais. Or, les postulants et les Facultés désirent que ce genre de demandes soit rapidement instruit. Les Facultés

voudraient que tous les étudiants commençassent leurs études en même temps ; sans cela, les cours et les travaux pratiques sont encombrés par des auditeurs qui n'ont pas reçu l'initiation des premières leçons, qui ne peuvent pas suivre un enseignement dont les diverses parties sont entre elles dans d'étroites connexions, ou bien le professeur est obligé de recommencer pour les nouveaux venus des démonstrations dont la répétition fatigue et retarde les premiers arrivés.

Actuellement les demandes d'équivalence de baccalauréats sont soumises, pour les lettres, au doyen de la Faculté des lettres, pour les sciences, au doyen de la Faculté des sciences. Quand il y a doute, le candidat est soumis à des épreuves analogues à celles que l'on impose à nos nationaux pour l'obtention des baccalauréats. Quand les Facultés des lettres ou des sciences ont formulé leur avis, la Faculté de médecine donne le sien.

Quand il y a lieu d'accorder l'équivalence pour des études médicales commencées à l'étranger, l'avis de la Faculté est soumis au Comité consultatif de l'enseignement supérieur (Section de médecine).

Ces diverses formalités, nombreuses en apparence, dépassent rarement une durée de trois semaines. Cette organisation nous semble préférable à l'intervention du Conseil supérieur, ou à celle de sa section permanente, qui ne compte pas nécessairement dans son sein les personnes compétentes et qui ne peut fonctionner sans interruption.

L'article 4 règle les conditions de la profession de dentiste. M. Chevandier, rapporteur de la commission de la Chambre, avait déclaré que la question était actuellement difficile à résoudre ; il a formulé, dans son nouveau projet (art. 8), une proposition qui rapproche beaucoup les deux projets présentés l'an dernier à la Chambre. M. Chevandier dit : « Nul ne pourra exercer l'art dentaire, s'il n'est muni d'un diplôme de dentiste, décerné après examen par un jury d'Etat. Cette disposition ne sera applicable que lorsque ce jury sera constitué et qu'un enseignement technique sera organisé, soit dans des écoles dentaires libres, reconnues d'utilité publique, soit dans les écoles de l'Etat. »

Dans l'ancien projet du Comité, il était dit : « L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé. » Si ce dernier ordre des médecins disparaît, il est évidemment impossible d'exiger de tous les dentistes qu'ils soient docteurs.

Cependant, il est indispensable pour la sécurité des personnes que des hommes qui peuvent pratiquer l'anesthésie générale ou même locale, qui manient chaque jour des toxiques dangereux, qui doivent souvent trouver dans les lésions des dents ou des gencives les indices d'une maladie grave qui peut ne se révéler comme premier symptôme que par des lésions buccales, possèdent des connaissances médicales suffisantes. D'autre part, la commission a reconnu qu'une instruction technique, manuelle, était indispensable; elle vous propose donc d'adopter un article qui semble devoir donner satisfaction à M. le Dr Chevandier. Cet article est ainsi conçu :

« L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme spécial délivré par un jury nommé par le ministre de l'instruction publique, formé en majorité parmi les professeurs et agrégés d'une Faculté et les praticiens. Le jury sera présidé par un professeur de Faculté. »

Les articles 5, 6, 7 règlent les conditions d'exercice des sages-femmes. Le projet de la commission de la Chambre stipule simplement (art. 6) que les sages-femmes munies d'un diplome de première ou de deuxième classe continueront à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles.

Le projet que nous vous soumettons n'innove pas beaucoup. Il affirme de nouveau que les sages-femmes ne peuvent se servir des instruments, qu'elles feront appeler un docteur dans les cas d'accouchements laborieux. C'est l'ancienne loi.

Mais, si la loi de ventôse n'interdisait pas aux sages-femmes de prescrire des médicaments, l'ordonnance de 1846 sur les substances vénéneuses dit que leur vente ne peut être faite que par des pharmaciens et sur la prescription d'un chirurgien, médecin, officier de santé ou vétérinaire breveté.

Cette ordonnance soulève bien des difficultés et, en 1872, le préfet de police pria l'Académie de médecine de lui faire connaître si, dans l'état actuel de la législation, il est possible d'accorder aux sages-femmes l'autorisation de prescrire le seigle ergoté. « Ne l'oublions pas, disait M. Tarnier, rapporteur, il est interdit à la sage-femme d'employer les instruments : que fera-t-elle si les contractions utérines se ralentissent ou se suspendent, alors que la tête du fœtus est près de l'orifice vulvaire et qu'il suffirait de quelques efforts pour l'expulser ? La sage-femme attendra-t-elle, au grand détriment de la vie de l'enfant, l'arrivée du médecin, qui aura quelquefois un long trajet à parcourir? etc. » Que fera la sage-femme en cas d'hémorragie post-puerpérale?

Aussi, conformément à l'avis de l'Académie, un décret du 23 juin 1873 permit aux sages-femmes de prescrire le seigle ergoté.

En ce moment, l'Académie de médecine est saisie d'une question analogue. Un certain nombre d'épidémies de fièvres puerpérales ont pour cause le transport par une sage-femme de la maladie d'une accouchée malade à dix, quinze ou vingt femmes qui ne seraient pas mortes, si la sage-femme avait pu se servir des antiseptiques. L'Académie, nous n'en doutons pas, a autorisé les sages-femmes à prescrire et à employer les antiseptiques dans des conditions déterminées. Ce sont ces autorisations que nous demandons à inscrire dans la loi.

Depuis de longues années, les sages-femmes pratiquent les vaccinations et les revaccinations. Tous les ans, un grand nombre d'entre elles reçoivent des récompenses, des médailles de l'Académie de médecine. Nous avons tenu à inscrire pour les sages-femmes le droit de pratiquer les vaccinations et revaccinations destinées à préserver les populations de la variole.

Actuellement, les sages-femmes de 1re classe peuvent exercer sur toute l'étendue du territoire de la République; celles de 2e classe ne peuvent exercer que dans le département pour lequel elles ont été reçues.

Si le nombre des sages-femmes de 1re classe était suffisant, nous vous proposerions la suppression des sages-femmes de 2e classe. Celles-ci n'ont de raison d'être que dans l'insuffisance numérique des sages-femmes de 1re classe. Mais la règle actuelle ne remédie pas au mal. Les sages-femmes de 2e classe vont s'établir là où les sages-femmes de 1re classe abondent, dans les villes ; et les campagnes restent dépourvues de tout secours. Dans ces conditions, votre commission vous propose de laisser les sages-femmes de 2e classe libres de s'établir dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de départements, d'arrondissements et dans les villes ayant 10,000 habitants. Là, les secours sont assurés, et, s'ils l'étaient également sur le reste du territoire, les sages-femmes de 2e classe n'auraient pas de raison d'être. Cette exclusion ne semble donc pas excessive à votre commission.

L'article 8 est conforme au dernier paragraphe de l'article 1er et à l'article 4 de la commission de la Chambre. Il vise la nécessité de l'enregistrement du diplôme pour toutes les personnes qui exercent à un titre quelconque.

L'article 9, comme l'article 5 de la commission dont M. Chevandier était rapporteur, a pour but de dresser les listes officielles des personnes qui ont le droit d'exercer. Le projet de la commission de la Chambre stipule que ces listes seront affichées chaque année par les soins du préfet, dans chaque département. Votre commission ne voit aucun inconvénient à cette publicité; elle a hesité à l'inscrire, parce qu'elle n'en distingue pas nettement l'utilité et qu'elle a craint de provoquer ainsi une dépense peu justifiée.

L'article 10, comme l'article 30 de la commission de la Chambre, supprime le grade de docteur en chirurgie. Je crois qu'il n'existe plus actuellement qu'une seule personne en possession de ce grade.

Les articles 11, 12, 13, 14 et 15 règlent les conditions transitoires dans lesquelles exerceront les officiers de santé anciennement reçus, les élèves officiers de santé, les dentistes actuellement exerçant et les sages-femmes de deuxième classe établies au moment de la promulgation de la loi.

Votre commission a pensé que, pour un ordre de médecins destiné à disparaître, il n'y avait pas lieu de faire une codification nouvelle. Les officiers de santé ont été reçus dans des conditions établies par la loi, ils les connaissaient au moment où ils ont ambitionné le titre d'officier de santé : les propositions nouvelles faites par la commission de la Chambre ont pour but de faciliter la conquête du titre de docteur par les officiers de santé actuellement établis. Ce but ne nous a pas semblé désirable si les officiers de santé méritent les reproches formulés par M. Chevandier pour justifier leur suppression, les admettre facilement parmi les docteurs serait risquer d'abaisser la valeur de ce titre, ce que ne désirent ni la commission de la Chambre ni le Comité. En tout cas, votre commission ne se rallierait pas à la proposition contenue dans l'article 18 de la commission de la Chambre, autorisant les élèves officiers de santé à convertir leurs inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat, s'ils acquéraient un des baccalauréats pendant leur scolarité médicale.

L'expérience a montré que, dans ces conditions, les élèves officiers de santé, pour obtenir l'accès du doctorat, consacrent tout leur temps à la préparation du baccalauréat et négligent leurs études médicales. C'est pour remédier à cet inconvénient signalé par les diverses Facultés et Ecoles, que le décret du 20 juin 1878 a dû être rendu.

L'article 16 permet aux internes en médecine nommés au concours et aux étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, d'exercer la médecine pendant trois mois, et après autorisation préfectorale, en temps d'épidémie ou pour remplacer un médecin. Cette disposition nous semble indispensable. Actuellement, en temps d'épidémie, on fait appel au zèle de ces jeunes gens, on applaudit à leur courage, parfois on les récompense et même quelquefois on les décore; mais ils exercent illégalement, et on pourrait les poursuivre. Il en est de même dans les cas de remplacement d'un médecin temporairement empêché d'exercer. C'est en réalité la régularisation d'une situation parfois encouragée, souvent tolérée, quelquefois poursuivie. Nous sommes d'ailleurs en complet accord avec la commission de la Chambre.

Votre commission vous propose d'accepter le principe contenu dans l'article 12 de la commission de la Chambre. Il est ainsi conçu : « Tout médecin sera tenu de donner soit à l'autorité administrative, soit aux agents de la santé publique, les renseignements utiles à l'hygiène générale, notamment en ce qui concerne les maladies épidémiques ou endémiques, et l'indication des causes de décès, sous la réserve du secret professionnel. » Elle le trouve trop vaguement formulé, et elle vous propose de le remplacer par le texte suivant : « Article 17. — Tout médecin est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies transmissibles tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. Un règlement d'administration publique fixera le mode de ces déclarations et arrêtera, après avis conformes de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la liste des maladies dont la déclaration devra être faite. »

Cet article ne fait que donner une sanction aux conclusions suivantes votées par le Comité dans la séance du 24 septembre 1888 :

« Il serait utile pour la santé publique : 1° Que le médecin appelé auprès d'un malade atteint de certaines maladies épidémiques fût tenu d'en faire la déclaration ; — 2° Qu'une statistique des causes de décès, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France, d'après le système adoptée par l'Académie de médecine, par la ville de Paris et par l'Association générale des médecins de France. »

Ces conclusions sont justifiées parce que des maladies évitables, la fièvre typhoïde, la variole, pour ne citer que ces deux affections, font en France chaque année : la fièvre typhoïde, 1.300 victimes dans l'armée de terre, environ 20,000 dans la population civile ; la variole, 12 ou 15,000 victimes dans la population civile. Il suffit que l'autorité soit prévenue à temps pour que les mesures nécessaires, bien connues actuellement, empêchent la propagation de la maladie, à la famille à la cité, à la population tout entière. En 1886, armé par la loi de 1822 sur les maladies pestilentielles, le Comité de direction des services de l'hygiène envoya dans le Finistère, dont M. Monod était alors préfet, M. le Dr Charrin pour y éteindre sur place un foyer de choléra qui menaçait la France et l'Europe pour le printemps suivant : en quelques semaines l'épidémie fut éteinte sur place. L'expérience est donc faite. Pourquoi ne pas appliquer méthodiquement aux maladies épidémiques, qui ravagent constamment la France, les mesures qui ne sont applicables que pour les épidémies exotiques, très meurtrières, mais passagères? (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 17. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Delens, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ricard, Weiss. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série)* : MM. Potain, Rendu, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Hayem, Robin, Marie.

MARDI 18. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguet, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Campenon, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Hutinel, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Gilbert.

MERCREDI 19. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Reynier, Poirier.

JEUDI 20. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Debove, Quénu, Nélaton. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot.

VENDREDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Jalaguier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Ricard. — (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Duguet, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Brun. — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 19. — M. Duchesne. Trait. chirurg. de l'octopie testiculaire. — M. Fortuniadès. Etude sur le chancre syphilitique des paupières. — Mme Lowenthal. Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur. De l'influence réciproque du rétrécissement mitral et de la grossesse. — M. Maurin. Appendiculite et péritonite appendiculaire. — M. Lyot. Traitement des prolapsus du rectum. — M. Jarre. De quelques complications suppuratives de la grippe. — *Jeudi* 20. M. Lassime. Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par l'air. — M. Lowenthal. Méthode dans les sciences médicales : (analyse et synthèse). Essai d'une étude historico-philosophique. — M. Carmichael. Essai sur l'éléphantiasis des Arabes. — M. Busson. Cancer de l'ampoule de Vater. — M. Monin. Etude sur les nodules osseux sous-cutanés. — M. Gourmaud. Contribution à l'étude du traitement du varicocèle. — M. Mouls. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — M. Chevrier. Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. — M. Rodier. De l'emploi des injections de cocaïno dans les extractions dentaires.

Enseignement médical libre.

Thérapeutique des maladies de l'urèthre et de la vessie. — M. le Dr DESNOS, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours à l'Ecole pratique le mercredi 19 mars, à 5 heures, et le continuera le samedi et mercredi suivant.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du bureau central en médecine.* Ordre des lectures : MM. Launois, Martin de Gimard, Belin, de Gennes, Lermoyez, Marfan, Roger, Gaillard, Mathieu, Ménétrier, Barbe, Lesage, Charrin, Florand, Poupon, Liandier, Jeanselme, Babinski, Achard, Martha, Duplaix, Cayla, G. Baudouin, Thoinot, Despréaux, Deschamps, Morel-Lavallée, Capitan, Polguère, Widal, Legendre, Boury, Bourdel, Delpeuch, Durand-Fardel, Œttinger, Gallois, Barbier, Darier, Grattery, Berbez, Le Breton, Giraudeau, Richardière, Havage, Robert, Dalché, Siredey, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Dubief, Méry, Wurtz.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'argent a été accordée à M. le Dr Frontgous, médecin à bord du *Natal* (dévouement pendant un typhon qui a assailli le *Natal* en novembre 1889).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 mars 1890 au samedi 8 mars 1890, les naissances ont été au nombre de 1229 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 425 ; illégitimes, 186, Total, 611. — *Sexe féminin :* légitimes, 455 ; illégitimes, 163, Total, 618.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 mars 1890 au samedi 8 mars 1890, les décès ont été au nombre de 1320 savoir : 671 hommes et 649 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 10. T. 15. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 20, F. 15, T. 35. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 6, F. 8. T. 14. — Diphthérie, Croup : M. 19, F. 19, T. 38.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 164, F. 86, T. 250. — Autres tuberculoses : M. 20. F. 17. T. 37. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 40. T. 64. — Méningite simple : M. 25, F. 26, T. 51. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 33, T. 63. — Paralysie : M. 5, F. 2. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 37. T. 71. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 33. T. 53. — Bronchite chronique : M. 35, F. 44. T. 79. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 17. T. 33. — Pneumonie : M. 50. F. 52. T. 102. — Gastro-entérite, biberon, M. 20, F. 19. T. 39. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 8. T. 12, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3. T. 5.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 20, F. 15, T. 35. —Sénilité : M. 11, F. 32. T. 43. — Suicides : M. 12, F. 7, T. 19.— Autres morts violentes : M. 3. F. 2. T. 5. — Autres causes de mort : M. 109. F. 101. T. 210. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 7, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30, illégitimes, 11. Total : 41. — *Sexe féminin :* légitimes, 29 ; illégitimes, 14. Total : 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres autorisés pour le 2e semestre de l'année scolaire* 1889-1890 *par le Conseil général des Facultés, le* 24 *février* 1890. — M. le Dr ANDRÉ : Chimie. Etude générale des métaux et des sels, lundi, à 5 heures, amphithéâtre Cruveilhier, (ouverture du cours, lundi 21 avril). — M. le Dr BÉRILLON : Pathologie nerveuse et psychiatrie : applications cliniques de l'hypnotisme, lundi et vendredi, à 5 heures, amphithéâtre n° 3, (ouv. du cours, lundi 21 avril). — M. le Dr CROUZAT : Manœuvres obstétricales, mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, amphithéâtre n° 1, (ouv. des cours, mardi 18 mars). — M. le Dr DEBACKER : Gynécologie, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, amphithéâtre n° 2, (ouv. des cours, lundi 21 avril). — M. le Dr DESNOS : Thérapeutique des maladies de l'urèthre et de la vessie, mercredi et samedi, à 5 heures, amphithéâtre n° 1, (ouv. des cours, mercredi 19 mars). — M. le Dr GASCARD : Gynécologie : Des maladies des trompes et des ovaires, vendredi à 4 heures, amphithéâtre n° 3, (ouv. des cours, vendredi 18 avril) — M. le Dr MONANGE : Chimie. Médicaments chimiques, mercredi et vendredi, à 4 heures, amphithéâtre Cruveilhier, (ouv. des cours, mercredi 19 mars).

Cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes. — M. BAR, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le mardi 18 mars 1890, à 8 heures du matin (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Seront admises : 1° Les élèves sages-femmes en cours d'études dep is le mois de novembre 1889; 2° Les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1890, l'examen d'admission à la Clinique. Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le lundi 17 mars, de 3 à 4 heures de l'après-midi, au secrétariat de la Fa-ulté (Guichet n° 1).

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le Pr BAILLON commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 19 mars 1890, à 11 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le Pr PROUST commencera le cours d'hygiène le mardi 18 mars 1890, à 4 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale. — M. le Pr BROUARDEL commencera le cours de médecine légale le lundi 17 mars 1890, à 4 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr STRAUS commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 17 mars 1890, à 5 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage). Objet du cours : *Technique bactériologique. Microbes pathogènes et maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. Etude expérimentale de l'immunité.*

Cours de pharmacologie. — M. le Pr REGNAULD commencera le cours de pharmacologie le mardi 18 mars 1890, à midi (Petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le Pr HAYEM commencera le cours de thérapeutique et matière médicale le lundi 17 mars 1890, à 5 heures de l'après-midi (Petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Démonstrations pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 17 mars 1890, sous la direction de M. le Dr LABORDE, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures. Les élèves de 2e et de 3e années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de 2e année, du 17 mars au 17 mai ; les élèves de 3e année, du 19 mai au 5 juillet. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le vendredi 21 mars 1890, à 9 heures du matin (Clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ordre du jour : lundi et vendredi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. LETULLE, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mardi 18 mars 1890, à deux heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de chimie médicale. — M. VILLEJEAN, agrégé, commencera ces conférences le lundi 17 mars, à une heure de l'après-midi (Petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences d'histologie. — M. RETTERER, agrégé, commencera les conférences d'histologie le lundi 17 mars 1890, à 5 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. DÉJERINE, agrégé, commencera ces conférences le lundi 17 mars 1890, à 3 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet des conférences : *Maladies du système nerveux.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARD, professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, est dispensé du service des examens du 15 février au 31 octobre 1890. — M. RONDEAU, préparateur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, chef adjoint desdits travaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. FERRÉ, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1890, d'un cours de physiologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Un congé, du 16 février au 31 octobre 1890, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Berne, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. POLLOSSON, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est chargé, en outre, du 16 février au 31 octobre 1890, d'un cours de pathologie chirurgicale à ladite Faculté. — M. PIC (Ferdinand-Adrien), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, préparateur du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Pollosson (Auguste), appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DES SCIENCES D'ALGER. — M. MALHOT, docteur ès sciences, chef des travaux pratiques de chimie à l'Ecole des sciences d'Alger, est chargé, en outre, jusqu'au 31 décembre 1890, d'un cours complémentaire de chimie à ladite Ecole.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de

médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. TRÉPAUT (Léon-Auguste), docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Decamps, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours. — Un congé sans traitement, du 1er février au 28 juillet 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Guillaumet, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1890, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Sont nommés prosecteurs à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse : 1° Pour une période de 3 ans à partir du 1er janvier 1890: M. GALLY (Célestin-Jean-Philippe), bachelier ès lettres et ès sciences, en remplacement de M. Louet, démissionnaire ; 2° Pour une période de 2 ans à dater du 1er janvier 1890 : M. AMBIALET (Jean-Bertrand), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Escat, démissionnaire.

Sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, préparateurs à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse : 1° *Histoire naturelle :* M. Durand (Jean-Jacques-Victor-Léon), licencié ès sciences naturelles, en remplacement de M. Suis, appelé à d'autres fonctions; 2° *Chimie :* M. Pezet (Albert-Edouard Pierre), bachelier ès sciences, en remplacement de M. Albespy, démissionnaire ; 3° *Pharmacie et matière médicale :* M. Pérès (Joseph-Victor-Arsène-Jean-Baptiste), en remplacement de M. Soucheire, démissionnaire. — M. Biarnès, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à la dite Ecole.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. ROUSSY, docteur en médecine, est nommé chef des travaux du laboratoire de physique, dirigé par M. Brown-Séquard, à l'Ecole pratique des hautes études. — M. HARIOT, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur près le laboratoire de botanique (organographie et physiologie végétale) de l'Ecole pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Morot, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *U. de Prague.* — Trois étudiants ont été arrêtés à la suite de troubles ; puis ils ont été interrogés par la police et relâchés. L'intervention des troupes n'a été nécessaire à aucun moment ; le calme règne aujourd'hui à l'Université.

U. d'Orangebourg. — Des troubles sérieux ont éclaté à l'Université d'Orangebourg (Caroline du Sud), à la suite d'une rixe entre M. Detreville, professeur blanc et M. Cardoza, clergyman nègre, tous deux attachés à l'Université. Le professeur affirmait que les longues conférences religieuses du clergyman empêchaient les étudiants de suivre régulièrement les autres cours. L'Université d'Orangebourg n'étant fréquentée que par des étudiants nègres, ceux-ci ont pris parti pour leur clygerman et ils menacent de quitter en masse l'Université si tous les professeurs blancs ne sont pas renvoyés. Les cours sont provisoirement suspendus.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat en pharmacie.* — Jury : MM. Bourgoin, Vialla, Meillière, Soumié-Moret, Schmidt, Thomas et Vigier. Les épreuves commenceront le lundi 17 mars.

Service de la boucherie. — La viande destinée aux hôpitaux de Paris doit-elle provenir d'animaux vivants achetés sur pied ou être achetée aux bouchers ou aux facteurs des Halles ? Telle est la question qui a été récemment posée (6 mars) au conseil municipal, par MM. Paulard et Desprès. Autrefois l'Assistance publique se procurait, par adjudication, du bétail vivant qui était abattu spécialement pour elle. Depuis quelques mois, elle n'a plus trouvé d'adjudicataire, et elle a été forcée de s'approvisionner en viande morte. On voudrait revenir à l'ancien système. Le directeur de l'Assistance publique a dit, à cet égard, qu'il n'avait aucune théorie à faire prévaloir. Aussi, le conseil, sur la proposition de M. Strauss, a-t-il décidé le renvoi de l'affaire à la commission de l'Assistance publique.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en chirurgie.* — Le jury se compose, jusqu'à nouvel ordre, de MM. Guyon, Verneuil, Duplay, Berger, Monod, Cusco, Peter. Les candidats inscrits pour ce concours, qui s'ouvrira le 23 mars prochain, sont : MM. Broca, Albarran, Hartmann, Lavaux, Hallé, Walther, Ménard, Demoulin, Villemin, Delbet, Beurnier, Lejars, Potherat, Guinard, Garnier, Rochard, Castex, Clado, Sébileau.

AVOCATS ET MÉDECINS. — Extrait d'une plaidoirie de Me Barboux, à propos de la fameuse affaire Hériot : « Lorsqu'un médecin a fait une observation, a dit l'avocat, il ne tarde pas à la généraliser ; lorsqu'il y en a dix, il classifie, et dès qu'il a classifié, il affirme. Au commencement de ce siècle, Broussais préconisait la saignée, et un magistrat put dire qu'on avait placé la sangsue sur un trône ; les disciples du professeur, trop fidèles observateurs de ses leçons, versèrent plus de sang que Napoléon Ier n'en fit couler sur les champs de bataille. Leurs successeurs trouvèrent que la génération suivante était anémiée, ce qui n'a rien d'étonnant. Le fer devint leur remède souverain ; pendant un grand quart de siècle, il guérit toutes les maladies... Aujourd'hui, nous sommes au microbe ; on en découvre partout !... Qui donc découvrira le microbe des classifications imprudentes et le microbe des affirmations téméraires ?... Alors le cycle sera complet. » Mais, mû par un sentiment de crainte et de reconnaissance, Me Barboux, qui a été malade et qui peut l'être encore, ne s'est pas laissé entraîner à épuiser la série de ses plaisanteries. En les écoutant, les magistrats de la cour ne pouvaient s'empêcher de sourire, oubliant sans doute que si les médecins varient et changent d'idées fixes, la jurisprudence n'est guère moins mobile que la médecine. Il n'y a donc que les avocats qui ne changent pas !

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix d'hygiène de l'Enfance.* — La question posée pour le prix de l'Hygiène de l'Enfance (1,000 fr.) pour 1891 est : Déterminer quels sont dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge la valeur et les effets, soit du lait cru et tiède au bain-marie, soit du lait bouilli. Les mémoires devront être adressés à l'Académie de médecine avant le 1er mars 1891.

ACCIDENT DU FOOTBALL. — La Ligue pour l'éducation physique a sagement fait de retenir seulement du vieux jeu picard, la *Barette*, ce qui en fait la haute valeur récréatrice et éducative, au point de vue de l'adresse, de l'agilité, de la force, du sang-froid. S'il fallait justifier à cet égard l'initiative qu'elle a prise, il suffirait de rappeler après un grand journal médical anglais, la *Lancet*, que de septembre à janvier dernier le *football* n'a pas causé dans le Royaume-Uni moins de treize morts et d'une trentaine de fractures ou luxations, alors qu'en France la *Barette*, dans ce même laps de temps, n'a pas été l'occasion d'un seul accident sérieux.

CIRCONCISION JUIVE. — D'après le *Lyon médical*, à la suite d'une discussion consistoriale, la circoncision des nouveau-nés juifs sera pratiquée désormais en présence d'un médecin, ce qui n'était pas obligatoire jusqu'alors.

CONCOURS POUR LE MEILLEUR TRAITÉ SUR L'ORGANISATION DES SECOURS A DOMICILE. — Dans sa séance du 3 mars 1890, le Conseil municipal a désigné MM. Dubois, Albert Petrot, Faillet, Navarre, P. Straus et Catiaux, pour faire partie du jury pour le choix du meilleur traité sur l'organisation des secours à domicile.

CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — Ce congrès (le 3e) aura lieu à Christiania du 3 au 5 septembre 1890.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTRICITÉ. — Le Congrès d'électricité, qui s'est réuni l'année dernière en Allemagne, aura lieu cette année à Paris, vers le mois de juin. Le président du conseil, ministre des postes et télégraphes, déposera prochainement sur le bureau de la Chambre une demande de crédit supplémentaire, en vue d'assurer aux hôtes que ce Congrès nous amènera une hospitalité digne d'eux et de la France.

CRÉMATION ET CLERGÉ CATHOLIQUE. — L'archevêque de Paris a communiqué aux curés de son diocèse une décision du Saint-Office, qui défend aux catholiques de faire incinérer leur cadavre et de faire partie de sociétés ayant pour but de propager l'usage de l'incinération. Le cardinal prescrit, en conséquence, à son clergé de refuser, dorénavant, la sépulture ecclésiastique aux personnes qui demanderaient que leur corps fut incinéré après leur mort.

ASSOCIATION DES MÉDECINS ANGLAIS. — La prochaine réunion aura lieu à Birmingham, du 29 juillet au 1er août 1890. Les discours inauguraux seront prononcés, pour la médecine, par M. Walter Forster; pour la chirurgie, par MM. Lawson Tait, et pour la thérapeutique par M. H. Broadbent.

Voici les noms des présidents de section : Médecine et thérapeutique : M. Dyce Duckworth ; — Chirurgie : M. Bartelat ; — Obstétrique et gynécologie : M. Savage ; — Médecine publique : M. A. Hill ; — Psychiatrie : M. Needham ; — Anatomie et physiologie : M. Cunningham ; — Pathologie : M. Hamilton ; — Ophtalmologie : M. L. Owen ; — Maladies des enfants : M. A. Carter ; — Laryngologie et rhinologie : M. Wilders ; — Otologie : M. Warden ; — Dermatologie : M. J. Hutchinson.

Congrès des Sociétés savantes. — M. Alphonse Milne-Edwards, membre de l'Institut, vice-président de la section des sciences, du comité des travaux historiques et scientifiques, professeur administrateur du Muséum d'histoire naturelle et à l'Ecole supérieure de pharmacie, etc., présidera la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, le mardi 27 mai prochain, en remplacement de M. Berthelot empêché.

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Il a été ouvert un concours pour l'admissibilité à trois emplois vacants d'aides de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique, annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts (arrêté ministériel du 29 janvier 1890). Les opérations du concours ont lieu dans une des salles de la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts depuis le 3 mars prochain.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique*, MM. les Drs Ollivier (Auguste), médecin du lycée Saint-Louis ; — Penasse (Jean-François-Eugène), médecin interne du lycée Michelet ; — M. le Dr Féa (Charles-Louis), médecin du lycée de Lyon (Saint-Rambert) ; — MM. les Drs Samalens (Gabriel), médecin du lycée d'Auch, et Teulière (Auguste-Jules), médecin du lycée de Foix.

Délivrance de médicaments sans ordonnance médicale. — M. A. D..., pharmacien de 2e classe, dans une petite ville du Nord, s'étant vu obligé de changer de résidence demanda à passer de nouveaux examens devant le jury de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. Or, bien qu'il se soit soumis à cette formalité, M. D... s'est vu refuser par le Conseil d'Etat, sur le recours du ministre de l'Instruction publique, le droit de s'établir dans la Somme. Voici pourquoi : M. D... avait eu la faiblesse de livrer à deux de ses clientes, la femme et la fille d'un médecin établi dans cette même ville du Nord, une quantité considérable de morphine. Ces deux malheureuses en avaient consommé en peu de temps pour 600 francs environ. Les livraisons clandestines furent révélées au médecin, qui fit défense à D... de les continuer. Mais le pharmacien ne tint pas compte de la défense, et l'une de ses clientes mourut. Le médecin déposa une plainte : le sieur D... fut condamné à une peine sévère qui le mit dans la nécessité de quitter sa résidence.

Exposition de sauvetage et d'hygiène a Toulon. — Une délégation des membres organisateurs de l'exposition de sauvetage et d'hygiène qui doit avoir lieu prochainement à Toulon a demandé au président de la République qu'il veuille bien passer par Toulon lors de son voyage dans le Midi et inaugurer l'exposition. M. Carnot n'a pu donner de réponse définitive.

Enseignement de la médecine aux Etats-Unis. — Il paraît qu'un grand nombre de médecins connus des Etats-Unis veulent se réunir en Congrès, pour étudier les reformes à introduire dans l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis.

La maladie du kronprinz et sir Morell-Mackenzie. — Au mois de mai 1888, la *Saint-James Gazette* publiait une lettre qui accusait le Dr sir Morell-Mackenzie d'avoir à dessein nié le caractère cancéreux et mortel de la maladie de l'empereur Frédéric III. M. Steinkopf, l'auteur de cette lettre, ajoutait que sir Morell-Mackenzie avait sciemment trompé le public, de complicité avec le kronprinz lui-même, sur la nature de sa maladie, pour ne rien contrarier des projets de son auguste client. A la suite de la publication de cette lettre, sir Morell-Mackenzie intenta à M. Steinkopf un procès en diffamation. Ce procès a été jugé cette semaine. Appelé à déposer devant la cour, le plaignant a nié, sous la foi du serment, qu'il eût comploté, avec le kronprinz, pour dissimuler la gravité de la maladie. Il a soutenu que le caractère cancéreux de la maladie n'avait été établi définitivement que le 4 mars, huit jours avant l'avènement du kronprinz. Après cette déposition, le jury a rapporté un verdict condamnant l'ancien éditeur de la *Saint-James Gazette* à 1,500 livres sterling (37,500 fr.) de dommages-intérêts et à tous les dépens.

Les médecins et les Molières d'aujourd'hui. — Nos lecteurs de Paris savent qu'à l'Odéon on jouait récemment *Grand'Mère* et qu'on y voyait, à deux reprises, deux médecins différents y débiter les plus pures âneries. Le premier est un accoucheur qui, sous prétexte de remplir ses fonctions, n'accouche que d'inepties ; l'autre est un médecin faisant de la médecine à l'usage des dames. Et l'auteur prétend être un photographe de mœurs ! Si l'auteur de *Grand'Mère* a la prétention d'avoir seulement photographié nos confrères contemporains, nous serions heureux de le voir en faire la preuve.

Laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer. — M. Chevrel (Pierre-René), docteur ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef des travaux du Laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer.

La désinfection des wagons de chemins de fer. — Une décision du ministre de l'Intérieur vient de rappeler aux Compagnies de chemins de fer l'obligation de désinfecter les wagons qui transportent les individus malades. Cette opération doit être pratiquée avec le sublimé en solution aux deux millièmes. Les wagons à bestiaux doivent toujours, après chaque voyage, subir une désinfection avec la solution phéniquée et, quand ces animaux sont suspects, avec une solution de sublimé. (*Rev. gén. de Clinique*).

L'épidémie actuelle. — Le genre d'épidémie qui sévit en Europe n'est point inconnu aux antipodes. Il offre, du moins, des caractères de ressemblance avec la *dengue* qui coucha sur le flanc la population de Nouméa en 1884, sans d'ailleurs tuer aucun Européen ni indigène. Il n'en mourut pas un, mais tous furen frappés. La maladie consistait dans une absolue prostration physique et morale qui durait de sept à douze jours.

L'épidémie d'Influenza. — *Egypte.* — La maladie a débuté à Alexandrie le jour de Noël, mais avec une bénignité plus grande qu'en Europe. En même temps, on constatait que les chats et les chiens étaient atteints, mais que les chevaux échappaient au génie épidémique. La mortalité a été en augmentant jusque dans les premiers jours de février, et cette augmentation a été causée par des maladies des organes respiratoires. Au Caire, le premier cas a été signalé le 10 janvier et la maladie a sévi, sans gravité d'ailleurs, aussi bien sur les indigènes que sur la population blanche. Les indigènes lui ont donné le surnom de aiya el moda, ou la maladie à la mode. Il y a eu une légère augmentation des décès ; on en attribue la faiblesse à la rareté des affections broncho-pulmonaires sous ce climat. (*Rev. gén. de Cl. et Th.*).

L'Influenza dans le Sud-Est de l'Europe. — Cette malencontreuse épidémie a envahi presque toutes les localités de l'empire ottoman, tant sur le littoral que dans l'intérieur. Parmi les villes dernièrement atteintes, il faut mentionner Berat (Albinie), où tous les habitants y ont passé ; Césarée (Cappadoce), où l'influenza a fait augmenter la mortalité dans de grandes proportions ; Damas (Syrie), où la maladie a revêtu un caractère bénin, etc., etc.

Nous accueillerons avec plaisir les communications que voudront bien nous envoyer nos correspondants et abonnés de l'étranger et demandons surtout des détails sur les particularités que l'épidémie a présentées au point de vue de la contagion.

Maison nationale de Charenton. — *Avis.* — Il sera ouvert, le lundi 20 avril 1890, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'internat de la maison nationale de Charenton. On trouvera, chez le concierge de la Faculté de médecine et à la maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Médecins étrangers résidant en France. — Le ministre des affaires étrangères s'est rendu récemment à la commission de l'exercice de la médecine pour s'expliquer sur la question des *médecins étrangers* qui voudraient pratiquer en France. M. Spuller a déclaré qu'il était impossible d'établir d'une manière générale l'équivalence des diplômes français et étrangers à cause de la différence de valeur des universités étrangères dont les unes confèrent des titres sérieux, tandis que d'autres en donnent qui n'ont aucune valeur. Il faut donc soumettre les médecins étrangers à des épreuves pour contrôler leurs titres. Toutefois M. Spuller admet qu'on peut accorder des dispenses d'études, sans toutefois que ces dispenses puissent s'appliquer à l'intégralité des études. Les conditions de ces dispenses seraient à déterminer par le conseil supérieur de l'instruction publique. Le ministre a ajouté que la France n'était liée à cet égard par aucun acte diplomatique et possédait son entière liberté d'action. Enfin, il a indiqué que, comme la commission l'avait déjà reconnu elle-même, il était nécessaire de laisser exercer librement les médecins étrangers et soigner ceux de leurs compatriotes se rendant dans nos stations thermales et hivernales.

Monument Ricord. — Un comité, sous la présidence de M. le Pr A. Fournier, vient de se former pour élever un monument à la mémoire de Philippe Ricord. Les cotisations sont reçues, 76, rue de la Victoire, chez M. le Dr Horteloup, secrétaire du comité.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — L'Académie a procédé lundi dernier à l'élection du membre à présenter pour la chaire de chimie du Muséum. La liste était dressée ainsi qu'il suit : *Ex æquo* : MM. Arnaud et Maquesne. M. Arnaud a obtenu 35 suffrages contre 5 donnés à M. Maquesne.

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros du *The Journal of the British Association of medical Electricians*, organe de la Société d'Electricité médicale anglaise. On y trouvera quelques articles intéressants.

Orphelinat Bonjean. — Quatre jeunes gens qui s'étaient évadés samedi soir de la colonie d'Orgeville dirigée par M. Bonjean et avaient erré toute la nuit, ne sachant où aller, ont été repris le lendemain matin, au Boulay-Morin, par la gendarmerie d'Evreux. Ces quatre individus, nommés Lecoq, Grossmann, Rass et Jézon, ont déclaré s'être évadés pour se soustraire aux mauvais traitements dont ils étaient l'objet. (*Rappel de l'Eure*, février).

Ce fait, qui s'ajoute à d'autres déjà connus, montre combien est défectueuse, pour ne pas dire plus, l'organisation des établissements à la tête desquels est M. Bonjean. Les personnes bienfaisantes feraient beaucoup mieux d'adresser directement leurs dons, soit à l'Assistance publique, soit au Bureau de Bienfaisance de leur commune.

Récompenses (*Travaux d'Hygiène*). — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1886. — *Médailles d'or* : M. le Pr Lacassagne, à Lyon ; M. Gebhart, pharmacien à Epinal. — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Pujos, à Auch ; le Pr Lhuissier, à Rennes ; Thibaut, pharmacien à Lille ; Blarez, pharmacien (Gironde). — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Mangenot et Guède, à Paris ; Mabille, à l'asile de Lafond ; Blanquinque, à Laon ; Fouquet, à Vannes ; Toussaint, à Mézières ; Massot, à Perpignan ; Durand, à Saint-Nazaire.

Revue philosophique. *Sommaire* du numéro de mars 1890. E. de Roberty : l'Evolution de la philosophie. — A. Fouillée : I. l'Evolutionisme des idées-forces. II. Les états de conscience comme facteurs de l'évolution. — A. Binet : Recherches sur les mouvements chez quelques jeunes enfants.

Service de santé de l'armée territoriale. — Par décret en date du 4 mars 1889, ont été nommés dans l'armée territoriale, au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Caudron, Coutant, Picard, Komorowski, Vincent, Mazand, Vaucher, Rochette, Pezille, Courtade, Carlier, Robert, Vincent, Martin, Pazaud, Muller, Provost, Gassiole, Vilcoq, Laffitte, Herr, Guignon, Thibault, Valette, Jouin, Chalus, Chevallier, Guinon.

Société médicale d'Amiens. — *Prix*. — La Société médicale d'Amiens accorde chaque année une médaille d'or de 300 francs et le titre de membre correspondant, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet désigné par elle. Les sujets de prix sont pour l'année 1890 : *De la simulation de la folie*. Pour l'année 1891 : *De l'hydrocèle et son traitement*. — Les mémoires doivent être manuscrits, n'avoir jamais été publiés et doivent être envoyés au premier secrétaire avant le 31 mars de chaque année. La Société accorde encore chaque année une médaille d'or au médecin du département qui a envoyé le meilleur travail manuscrit sur un sujet ayant rapport aux sciences médicales.

Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Cette Société, fondée en 1852, a constitué ainsi son bureau pour 1890 : Président, M. Garnier ; vice-présidents, MM. Le Coin et Billion ; secrétaire général, M. Gibert ; trésorier, M. Kinselbach.

Société française d'ophtalmologie. — La prochaine réunion de la Société française d'Ophtalmologie aura lieu le 5 mai 1890.

Syndicats médicaux. — La neuvième chambre correctionnelle vient de rendre, en matière de syndicats professionnels, une décision qui intéresse les médecins. On sait que la cour de cassation a refusé, interprétant la loi de 1884, de reconnaître aux personnes exerçant une profession libérale, telles que les médecins, etc., le droit de constituer des syndicats professionnels. Contrairement à cette jurisprudence, le tribunal de la Seine a renvoyé aujourd'hui des fins d'une poursuite pour infraction à la loi de 1884, M. C. C..., professeur de musique, président du syndicat des professeurs libres, dont le jugement reconnait la légalité.

Université de Lyon. — Une campagne active est actuellement menée en faveur de la constitution d'une Université lyonnaise. M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, a ouvert, il y a quinze jours, à Lyon, la série des conférences qui doivent avoir lieu sur ce sujet. MM. Jannin, Bayet, Lorquet, parleront les dimanches 9, 16, 23 et 30 mars. Une suspension de quinze jours aura lieu pendant les vacances de Pâques ; et le 20 avril, M. Jules Simon fera la conférence de clôture.

Influenza en Afrique. — Un télégramme de Zanzibar, 12 mars, annonce l'arrivée en ce point du croiseur le d'*Estaing*, venant de Nossi-Bé. Une cinquantaine d'hommes de ce bâtiment étaient atteints d'influenza, et il parait que cette épidémie sévit assez fortement à Nossi-Bé, où elle aurait été importée par un de nos compatriotes

Nécrologie. — M. le Dr Bernard, médecin militaire, décédé à Epinal ; — M. le Dr Brisson, qui vient de succomber aux suites d'un phlegmon occasionné par une piqûre anatomique ; — M. le Dr Grandvilliers (de Nice) ; — M. le Dr Marceliano Gomez Pamo, décédé le 6 février 1890 à Madrid, né à Arévalo (Avila) le 18 juin 1835. — M. le Dr Kuster, médecin militaire. — M. le Dr Marguerite (du Havre). — M. le Dr Litzmann, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Kiel. — Sir Robert Kane, chimiste, décédé à 80 ans, à Cork. — On annonce la mort, à Anvers, du Dr Arendt, consul général d'Allemagne. Il avait pris part aux travaux de la conférence antiesclavagiste de Bruxelles comme deuxième délégué allemand. Un long séjour à la côte orientale d'Afrique et en Egypte lui avait acquis une profonde expérience des choses d'Afrique. — M. le Dr Paul Lepetit, ancien médecin en chef de la marine. — M. le Dr Vincenot (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. LECROSNIER et BABÉ, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Letourneau (Ch.). — L'évolution politique dans les diverses races humaines (Tome XI de la *Bibliothèque anthropologique*). Volume in-8 de 561 pages. — Prix. . . . . 9 fr.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du Dr J. Rochard. Vient de paraître en Tome I (*Hygiène générale*), le fascicule 5. Volume in-8 de 166 pages, avec figures dans le texte. — Prix du fascicule, 3 fr. 50 L'ouvrage complet comprendra 10 volumes. Il parait un fascicule tous les mois. — Prix en souscription à forfait à l'ouvrage complet, 120 fr.

Bell (Cl.). Papers read before the medico-legal Society of New-York. Volume in-8° de 552 pages, avec nombreux portraits. — New-York, — 1889. — *The medico-legal Journal association*.

Feleki (H.) Ein durch ein Dermoid Lerbeigefülsrter Fall von Lithiasis. Brochure in-8° de 4 pages, — *Pestes medizinis che chirurgische Presse*.

Francotte (X.) — Régénération fonctionnelle après section de la moelle. Brochure in-8° de 8 pages. — Liège, 1889. — H. Vaillant Carmanne.

Tommasi (D.). — Traité théorique et pratique d'électrochimie. Volume in-4 de 55 pages. — Paris, 1889. — L. Bernard et Cie.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

Gouguenheim (A.). — Papillome et tuberculose du larynx. Brochure in-8 de 24 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 12. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 MARS 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT.**

De la Maladie de Morvan (*fin*) (1);

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique.

Connait-on le substratum anatomique qui produit la maladie de Morvan? Les uns disent qu'il s'agit de névrite périphérique (cas de Monod et Reboul, cas de Gombault). Mais cette névrite ne paraît pas isolée, périphérique dans l'acception vulgaire du mot ; elle devait être subordonnée à une lésion du centre nerveux spinal. C'est l'opinion de M. Morvan. Le foyer, dit-il, est situé dans cette partie de la moelle qui sert d'origine aux nerfs brachiaux. Quelles sont les parties atteintes? C'est tout d'abord la substance grise des cornes antérieures et aussi les faisceaux latéraux, car il existe une paralysie avec atrophie; les cornes postérieures et les faisceaux postérieurs, puisqu'il y a une anesthésie totale; les centres trophiques de la moelle, c'est, à savoir, la partie médiane et peut-être la corne moyenne.

Quoi qu'il en soit de la réalité et de la nature de ces lésions encore incomplètement étudiées, il y a une chose certaine, c'est que l'autopsie unique que nous possédions n'a pas révélé l'existence de ces cavités intra-médullaires qui caractérisent la syringomyélie. Il s'agissait seulement dune myélite scléreuse des cornes postérieures, des faisceaux postérieurs et des parties centrales de la moelle.

Dans ces conditions, la névrite périphérique est un fait secondaire, comme le sont les troubles trophiques concomitants, à la production desquels, une fois qu'ils sont constitués, elle n'est sans doute pas étrangère.

On n'a jamais, soit dit en passant, cherché ni fourni la preuve que la maladie de Morvan fut de nature infectieuse et causée par la présence de microorganismes.

L'existence de cas frustes, dont j'aurai peut-être l'occasion, Messieurs, de vous entretenir quelque jour, tendrait à démontrer que la lésion des parties trophiques centrales de la moelle est ici la chose essentielle. La parésie et l'analgésie sembleraient accessoires, et la maladie de Morvan serait surtout, comme le dit cet auteur, une affection de la *trophicité*.

Vous êtes maintenant en mesure, Messieurs, de tirer parti de l'étude que nous allons faire du malade que nous devons à l'obligeance de M. Hanot, et qui présente un exemple classique de la maladie de Morvan, avec quelques particularités, cependant, qui en font, ainsi que vous le verrez, non pas réellement un cas anormal, mais plutôt un cas compliqué.

Il s'agit d'un nommé Carcan .., Jean, âgé de 56 ans, charretier, né à Caztoin (Aveyron).

Ses antécédents ne décèlent rien de bien important. Son père, d'une bonne santé, est mort de vieillesse à 97 ans. Sa mère est morte en couches à 46 ans. Il était très jeune (9 ans) quand il a quitté ses parents, de sorte que les renseignements qu'il donne sont forcément incomplets. Il n'a connu que son grand-père paternel qui est mort très vieux et ne sait pas grand'chose sur ses collatéraux des deux côtés.

Il est célibataire, sans enfants. Pas grand'chose non plus dans les antécédents personnels. Il ne se rappelle pas avoir été malade étant petit, ni plus tard. Il nie la syphilis et toute espèce d'habitudes alcooliques.

Il y a six ans il était à Pont-St-Esprit, où il travaillait à la construction d'une digue sur le Rhône. Il renversait des tombereaux de terre le long d'un talus finissant dans la rivière. En arrangeant sa voiture, la terre s'éboula sous ses pieds et il tomba dans le Rhône, où il resta la tête sous l'eau quelques minutes, les jambes prises sous la terre éboulée. On le sortit de là, et, après avoir beaucoup vomi, il reprit son travail jusqu'à la fin de la journée. Pas de perte de connaissance. Mais le soir, en rentrant chez lui, il fut pris de frisson. Le lendemain, le médecin de l'hôpital de Pont-St-Esprit le prit dans son établissement, où il resta 5 mois et fit, dit-il, une fièvre typhoïde. Ce qui est parfaitement sûr, c'est qu'il fit une maladie grave, fébrile, puisqu'il se souvient d'avoir été pendant 17 jours attaché dans son lit avec du délire.

Au moment où il sortait de l'hôpital pour venir travailler à Paris, il avait déjà le bras gauche comme engourdi et il y ressentait, principalement dans la main, des espèces de fourmillements. Rien de plus pendant quatre ans. Il continue à travailler à son métier, s'apercevant, dans son travail de charretier-terrassier, que sa main gauche, pour porter la pelle, était plus faible que la droite. Pendant cette période, également, le bras, le tronc du côté droit et la moitié droite de la face étaient le siège d'une transpiration beaucoup plus abondante que du côté opposé. Rien à la jambe.

Quatre ans plus tard, c'est-à-dire il y a trois ans, en juillet 1886, le malade s'aperçut que sa cuisse gauche s'engourdissait davantage; puis apparut un gonflement du *pouce* qui suppura. Le malade l'ouvrit lui-même avec un canif. Bientôt (septembre 1886), la paume de la main se mit à gonfler à son tour et il s'y développa « quelque chose qui ressemblait à un durillon forcé. » Le pus pénétra dans les gaines tendineuses. Deux nouveaux panaris, ce qui en porte le nombre à trois, se formèrent en novembre de la même année, au médius et à l'annulaire, et le malade resta ainsi pendant huit mois avec sa main malade. Lorsque la guérison fut obtenue (le malade ne consulta personne et se soigna lui-même tout le temps), la moitié terminale des dernières phalanges du médius et une bonne partie de celle du pouce étaient disparues. De ces trois panaris, le premier s'était accompagné de douleurs extrêmement vives, qui empêchaient le malade de dormir et le faisait se promener des nuits entières dans sa chambre. Mais les deux derniers furent moins douloureux et le troisième (annulaire) ne le fut même pas du tout. Des morceaux d'os provenant du pouce et du médius avait été plusieurs fois enlevés par le malade pendant les pansements. Ceux-ci furent faits tout le temps avec des cataplasmes de farine de lin. Le malade prenait, en outre, des bains de main prolongés dans de la décoction de guimauve.

Une fois les panaris guéris, le malade s'aperçut qu'il n'avait plus aucune force dans le bras et que sa main ne pouvait rien tenir. Alors, étant à bout de ressources, il se décida à entrer à l'hôpital St-Antoine, où il fut admis dans le service de M. Hanot. Pendant son séjour, on remarque les déformations que nous décrivons plus bas et, de plus, l'absence des ongles qui étaient tombés au pouce, au médius et à l'annulaire, des crevasses indolores, de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar de la parésie du bras et de l'avant-bras, une analgésie complète du bras et de l'avant-bras. Ces renseignements sont puisés dans l'observation publiée par M. Hanot dans les *Archives générales de médecine*. Déjà, le malade, avait noté l'anes-

(1) Leçon du 6 décembre 1889. — Voir *Prog. méd.*, n° 11.

thésie de la main et de l'avant-bras gauche, par ce fait qu'il avait, pendant l'hiver, attrapé des crevasses et que celles-ci saignaient, s'ulcéraient sans qu'il ressentît la moindre douleur. Ceci se passait après l'évolution et la guérison des panaris. Pendant son premier séjour on l'électrise, on lui donne quelques potions à prendre à l'intérieur,

Depuis sa sortie de l'hôpital de Pont-St-Esprit, le malade était sujet à des bourdonnements dans l'oreille gauche accompagnés d'un vertige presque continuel, même la nuit, lorsqu'il était couché et ne dormait pas. Son vertige ne l'a jamais fait tomber à terre. Mais il dit que quelquefois, surtout aujourd'hui, il est obligé de se retenir à quelque chose sous peine de tomber par terre. Il n'avait pas, à cette époque, pas plus qu'aujourd'hui, d'ailleurs, de grosse lésion de l'oreille, pas d'écoulement, etc. L'examen otologique, pratiqué par M. Gellé, a montré qu'il s'agit là d'un simple vertige de Ménière avec lésions de l'oreille, qui ne paraît pas avoir de rapport avec l'affection qui nous occupe actuellement.

Sorti de l'hôpital en juin 1888, il reprit son travail, mais ne put continuer, malgré un essai de cinq mois, à cause de la faiblesse du membre supérieur gauche. Il n'avait pas la force de harnacher ses chevaux et était obligé de payer un homme pour faire ce travail à sa place matin et soir.

Après un certain temps de chômage, il fut forcé de rentrer de nouveau dans le service de M. Hanot (1888). Aucun nouvel accident depuis cette époque, sauf que la jambe du côté gauche commença à s'affaiblir comme le bras et lui fit éprouver une grande difficulté à marcher. Son séjour à l'hôpital, qui dura jusqu'aujourd'hui, fut interrompu pendant deux mois, pendant lesquels il tenta de travailler à un nouveau métier, celui de cocher de fiacre. Mais, dès qu'il était sur le siège, les bourdonnements d'oreilles et les vertiges le prenaient de telle façon qu'il fut obligé de renoncer à cette tentative. Les résultats de l'examen de M. Hanot, en 1888, sont consignés dans la thèse de M. d'Oger de Spéville sur la maladie de Morvan. Ils sont identiques à ce que nous avons observé nous-mêmes en 1889, sauf qu'il existait, à cette époque, à la main gauche, au talon de la main, dans les plis digito-palmaires du pouce, du médius et de l'annulaire, et aussi un peu à la main droite, des crevasses indolores en voie d'évolution, dont on ne trouve plus trace aujourd'hui.

Etat actuel. — Ce qui frappe, au premier abord, en voyant ce malade marcher, c'est la position qu'il prend et sa démarche. Il s'avance le dos légèrement voûté, la tête inclinée sur l'épaule gauche (action du sterno-mastoïdien gauche), les bras tombant et animés de temps en temps, surtout à droite, de sortes de petites secousses choréiformes de très petite étendue mais facilement visibles néanmoins. Pas de troubles bien accentués dans la position et les mouvements des jambes. Le bras droit n'est pas agité pendant la marche, mais pend toujours, comme inerte, le long du corps, les doigts fléchis, recouvrant le pouce, qui se cache dans l'intérieur de la paume de la main.

Cette position de la tête, qui est très accentuée, même au repos complet, est due à la sensation continuelle de bourdonnement et de vertige que le malade éprouve dans l'oreille gauche.

La force est absolument nulle dans la main gauche, tandis qu'elle est, sinon très grande, du moins conservée dans la main droit.

Dynamomètre.	M. D. = 40.
—	M. G. = 0.

Elle est très certainement diminuée aussi dans l'avant-bras droit et l'épaule gauche, mais non absolument nulle. Ce malade exagère d'ailleurs un peu l'impotence de ce membre, cela est facile à voir.

Réflexes rotuliens diminués, mais présents.

La position de la main, au repos, est celle que nous décrivions plus haut pendant la marche. L'index et le petit doigt seuls sont indemnes de toute lésion, sauf un certain degré de rétraction du tendon fléchisseur. Le pouce a perdu la moitié de sa dernière phalange, mais il reste adhérente, à l'ongle, une portion de peau qui donne au bout de ce doigt une apparence de griffe toute particulière. (Voir *Fig.* 58 et 59). Le médius est raccourci, un peu en fuseau, la moitié inférieure de la dernière phalange manque, et avec elle l'ongle qui est réduit à un petit morceau de corne coiffant à plat le sommet du moignon. La peau a perdu ses plis et ses stries, et n'est pas



Fig. 58. — Déformations et irritations persistantes produites par la maladie de Morvan.

adhérente aux tissus profonds. Il en est de même en ce qui concerne la peau pour le doigt annulaire. Pour celui-ci la rétraction du tendon fléchisseur est encore plus considérable. De plus, la dernière phalange, dont il manque aussi l'extré-

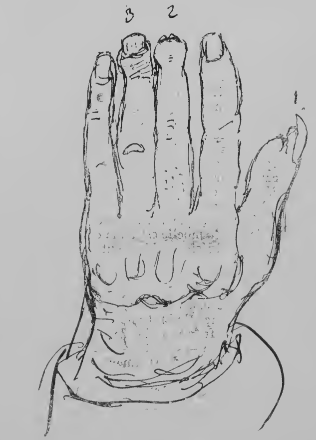


Fig. 59. — éformations et irritations persistantes produites par la maladie de Morvan.

mité, est subluxée en arrière sur l'avant-dernière. (Voir *Fig.* 59).

Chose remarquable, la peau du petit doigt, qui n'a eu aucun panaris, présente le même aspect dépourvu de stries et de

plis que le médius et l'annulaire. Le pouce n'a rien de semblable.



Fig. 60. — D'après une photographie de la main de Carc...

Il existe ainsi un certain degré de diminution apparente de longueur des doigts de la main gauche, comparés à ceux de la main droite. Mais il faut remarquer que le malade ayant eu

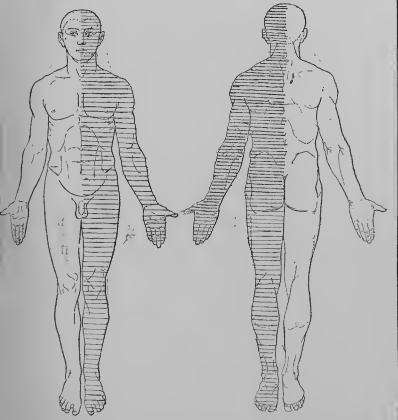


Fig. 61 et 62. — Hémianalgésie gauche.

un panaris des gaines, il s'est produit là, dans les tissus profonds, des modifications notables. Cependant, d'une façon absolue, en prenant les doigts indicateurs, par exemple (doigts sans panaris), on remarque qu'il existe entre les deux une différence. A la face palmaire, la distance qui sépare le premier pli digital du troisième et dernier, est différente à droite et à gauche (4 cent. à gauche, 4 cent. 3/4 à droite). Cette mensuration ne peut-être faite pour le petit doigt à cause de la rétraction considérable du tendon fléchisseur, non plus que pour les autres qui ont été considérablement déformés.

Il existe une hémianesthésie gauche complète et absolue pour le contact (pinceau de blaireau), la piqûre, le chaud et le froid, avec perte du sens musculaire au niveau de la main.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Parinaud le 20 septembre 1889, a donné les résultats suivants : œil gauche atteint d'une aurose très probablement hystérique, vision binoculaire rétablie par le prisme (diplopie à l'aide d'un prisme placé devant l'œil droit, sain). Œil droit sain. Rien au fond de l'œil. Dans un second examen le rétablissement de la vision binoculaire par le prisme ne s'est pas reproduit.

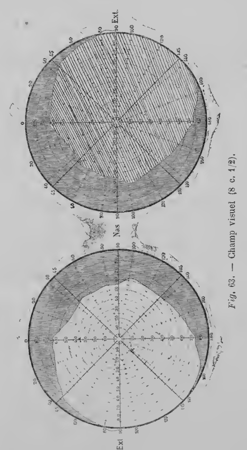


Fig. 63. — Champ visuel (8 c, 1/2).

L'examen de l'ouïe perd de son importance en l'espèce, à cause de la sclérose otique et du vertige de Ménière.

Le goût est absolument nul sur la moitié gauche de la langue, certainement très émoussé à droite.

L'odorat est absolument nul du côté gauche (eau de cologne, sulfate de carbone, ammoniaque). Il existe à droite, quoique pas très aigu.

Pas de douleurs, sauf une céphalée très vive, presque constante. Pas de points hyperesthésiques. Pas de zônes hystérogènes (testicule, pseudo-ovarien, etc., etc.).

Le malade n'a d'ailleurs jamais eu de crises de nerfs.

Il n'y a, en aucun point du corps, de traces visibles à l'œil nu d'atrophie musculaire. Les avant-bras donnent des résultats identiques à la mensuration, les bras également, les cuisses et les jambes. Le malade est d'ailleurs parfaitement musclé, sans être un athlète.

Les réactions électriques des muscles de la main, qui paraissent seuls atrophiés, sont normales et identiques des deux côtés, quoique masquées en partie par la résistance énorme opposée par l'épaisseur et la dureté de la peau.

Pas de déformation de la colonne vertébrale. Pas la moindre scoliose. Le malade, comme je l'ai dit, est un peu voûté, et quand il est tout nu, on s'aperçoit que son épaule gauche est

un peu plus haute que la droite, ce qui tient surtout à la position dans laquelle le malade tient la tête qu'il penche de ce côté, en même temps qu'il soulève l'épaule.

Appétit assez bon. Etat général pas mauvais.

Le sommeil est continuellement troublé par des cauchemars, toujours les mêmes (chute dans des précipices).

Le malade reconnaît qu'il a beaucoup changé de caractère depuis son accident de Pont-St-Esprit et l'apparition consécutive d'abord de ses bourdonnements d'oreille, puis de ses panaris et de son impotence du bras gauche. Autrefois il était toujours en train de chanter. Depuis, il est devenu triste, morose. Autrement, pas d'état mental particulier.

Vous connaissez maintenant le malade, Messieurs ; vous voyez que lorsqu'il était pour la première fois observé par M. Hanot, il présentait bien le type de la maladie de Morvan, telle que je vous l'ai décrite en commençant.

Mais, me direz-vous, que vient faire cette hémianesthésie complète et surtout ces anesthésies sensorielles qui ne font point partie du tableau clinique de la parésie analgésique à panaris ? Ici, en effet, Messieurs, l'hypothèse d'une lésion médullaire ne nous suffit plus. Il nous faut une lésion cérébrale, pour tout expliquer. S'agirait-il là d'une lésion du carrefour sensitif de la capsule interne, survenue fortuitement à titre de complication absolument accidentelle ? Mais rien dans l'histoire du malade ne nous autorise à admettre une semblable hypothèse. De plus, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, d'origine capsulaire, est rarement aussi profonde et complète que dans le cas présent.

C'est dans l'hystérie seule, Messieurs, qu'un pareil syndrome peut se rencontrer à ce degré d'intensité. Dans cette hypothèse, tout s'explique facilement, si l'on veut admettre ce fait, parfaitement vraisemblable, que l'hystérie s'est surajoutée chez notre homme à la maladie de Morvan.

A quelle époque cette complication est-elle survenue ? Probablement lorsque, les panaris guéris, le malade s'est vu condamné, par ses déformations persistantes, à une incapacité de travail définitive. Au trouble profond apporté par la maladie, s'est joint chez cet homme le chagrin de se voir incapable de subvenir à ses besoins. A ce moment l'anesthésie hystérique est survenue, se superposant à l'anesthésie limitée de la maladie de Morvan et, lorsque pour la seconde fois le malade s'est confié aux soins de M. Hanot, celui-ci a pu constater la présence du stigmate hystérique.

Mais c'est une hystérie sans zones hystérogènes, sans attaques, jusqu'à présent. Cela ne veut pas dire qu'il n'en surviendra pas un jour ou l'autre. Il se pourrait toutefois qu'il n'en soit pas ainsi.

Le pronostic, comme le traitement, doit porter sur deux éléments bien distincts. D'une part, l'hystérie est jusqu'à un certain point susceptible d'amélioration. Nous avons contre elle l'hydrothérapie, l'électricité statique, l'emploi des aimants, etc... D'autre part, au contraire, nous sommes beaucoup plus désarmés en ce qui touche la maladie de Morvan. Nous ne pouvons même pas dire qu'elle soit éteinte, et nous ne savons pas si nous pouvons l'empêcher de se réveiller et de passer au coté opposé, jusqu ici à peu près indemne. Nous emploierons dans ce but les révulsifs sur la région spinale, l'iodure, le bromure de potassium, le seigle ergoté peut-être, et tous les médicaments qu'on peut supposer avoir un effet favorable sur la congestion spinale. Mais tout cela est bien mince, Messieurs, et en tous cas, nous ne saurions remédier à ces terribles déformations des doigts et de la main qui font de notre malade un infirme et le condamnent à perpétuité à invoquer le secours de l'Assistance publique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'Hygiène : M. le Pr Proust.

Mardi 18 mars, M. le Pr Proust a commencé son cours d'Hygiène, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 4 heures de l'après-midi. Cette année, le professeur traitera deux questions d'hygiène de premier ordre : l'habitation et la ville. Il s'agit de faire, nous a-t-il dit, pour l'habitation et la ville ce qui a été fait pour les services de chirurgie et d'accouchement. En effet, on sait que depuis la mise en pratique des règles d'antisepsie, la mortalité des femmes en couches, qui était naguère de 10 0/0, est tombée, à l'époque actuelle, à 1 0/0. Le but de l'hygiène étant avant tout de diminuer la mortalité et d'augmenter la durée moyenne de l'existence de l'homme, il s'agit de lutter avec les causes qui rendent l'habitation et la ville malsaines, telles que les eaux non potables et la canalisation insuffisante des matières de vidange. Si, pour les maladies exotiques (peste, choléra, fièvre jaune) on a reconnu la nécessité des mesures d'assainissement du terrain pour le rendre aussi réfractaire que possible, pour les maladies autochtones acclimatées, telles que la fièvre typhoïde, la dysenterie, ces mesures sont encore beaucoup plus importantes. Les améliorations apportées dans la qualité des eaux ont diminué la mortalité dans les dix-huit corps de l'armée d'un quart, et dans le gouvernement militaire de Paris les résultats ont été encore plus remarquables.

Par des nombreux exemples, le professeur a démontré l'importance de la qualité des eaux dans la mortalité de la fièvre typhoïde. Nous ne prendrons que ce fait remarquable de Vienne, où on observait de 1851 à 1873 près de 800 décès de la fièvre typhoïde par an. Or, en 1873, on a inauguré dans cette ville des eaux de source et, depuis, la mortalité a diminué avec une étonnante rapidité ; ainsi en 1873, on n'a enregistré que 742 décès, en 1875, 502, en 1878. 200, en 1880, 152 et en 1884, 84 décès seulement. Les résultats étaient encore plus heureux pour la dysenterie. Des exemples analogues ont été observés à Lyon, où la disparition des puits infectés était suivie de la disparition totale de la fièvre typhoïde et de la dysenterie parmi les soldats de la grande caserne de cette ville. De même, les travaux de canalisation ont grandement contribué à la diminution de la mortalité. Les exemples de Francfort-sur-le-Mein, de Munich, de Budapest, de Berlin, de Bruxelles et de Dantzig, demontrent avec la plus grande évidence que la courbe de la mortalité tend à disparaître à mesure que la courbe de la canalisation tend à augmenter.

Le but de ce cours est des plus importants, puisqu'il a pour objet principal de démontrer comment il faut assainir les habitations et les villes pour diminuer la mortalité de notre pays, où la natalité, malheureusement, est déjà si faible comparativement à celle de ses voisins. Nous engageons donc vivement les étudiants et les médecins à suivre ces leçons d'un intérêt aussi capital.

Cours d'Histoire naturelle médicale : M. le Pr Baillon.

M. le Pr Baillon a tenté d'ouvrir son Cours mercredi dernier, 19 mars, à 11 heures, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. Un grand nombre d'étudiants de première et de seconde année s'étaient rendus à ce premier cours pour acclamer le professeur. Mais les applaudissements se sont prolongés si longtemps, que M. Baillon n'a pu

faire son cours. Interrompu à chaque instant, il a eu beau rappeler aux étudiants que le règlement leur défendait absolument tout vacarme, et qu'en pareil cas le professeur était autorisé à se retirer, rien n'a pu arrêter les manifestants. Et M. Baillon a dû disparaître, au bout de quelques instants, sans avoir pu parler cinq minutes.

Cours de Pharmacologie : M. le Pr Regnauld.

M. le Pr Regnauld a ouvert son Cours le mardi 18 mars, à midi, dans le petit Amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Après avoir en quelques mots défini le titre de son enseignement et montré la différence qui existe entre la chaire de Chimie et la chaire de Pharmacologie, il annonce son intention de traiter spécialement, cette année, des *médicaments fournis par les métaux et leurs composés.* Il s'attachera à faire ressortir l'intérêt pratique médical des diverses propriétés des substances qu'il passera en revue; mais il lui semble nécessaire de consacrer d'abord quelques leçons aux définitions et aux notions générales relatives à la Pharmacologie. Et il commence aussitôt par la définition du « médicament ». En quoi diffère-t-il d'une « drogue simple ? » L'étudiant acquierra, en suivant ce cours, des notions précieuses et malheureusement trop négligées sur la chimie dans ses rapports avec la thérapeutique.

Cours de Pathologie expérimentale : M. le Pr Straus.

Lundi dernier, à 5 heures, s'est ouvert, devant un nombreux auditoire, au laboratoire de *Pathologie expérimentale* de l'Ecole pratique, le cours de M. Straus. Le professeur a l'intention de faire cette année un cours complet de *Bactériologie théorique et pratique*, en s'attachant particulièrement aux données les plus utiles et les mieux connues de cette science si nouvelle et déjà si féconde. M. Straus consacrera quelques leçons à l'*impaludisme*, quoique le parasite de cette infection n'appartienne pas à la famille microbienne proprement dite, puisque l'hématozoaire de Laveran est un animalcule, une sorte de Sporozoaire. C'est dans le laboratoire même que professe M. Straus, au milieu de tout l'appareil technique de la microbiologie; car tout bactériologue doit être un bon technicien, et, en pareille matière, l'enseignement théorique doit toujours être doublé d'une démonstration pratique. Entrant, dès le début, au cœur de son sujet, le professeur aborde immédiatement l'étude théorique et pratique de la stérilisation des appareils. Cette étude préliminaire, indispensable à un cours de bactériologie, fournit au professeur l'occasion de montrer la succession historique des progrès de la méthode, depuis la stérilisation par l'ébullition simple à l'air libre, jusqu'au procédé moderne et presque parfait de l'autoclave. M. Straus est heureux de constater que presque tous les perfectionnements dans la méthode sont signés de noms français, dont le plus grand est celui de Pasteur. Au cours de l'exposé théorique des méthodes de stérilisation, M. Straus ne manque pas d'en signaler l'évolution industrielle, souvent en avance sur l'évolution scientifique pure, ainsi qu'en fait foi l'histoire de l'industrie des conserves alimentaires. M. Straus parle la langue d'un savant, précise dans les termes, sobre dans la forme.

Cours de Médecine légale : M. le Pr Brouardel.

Lundi dernier, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, M. le Pr Brouardel a ouvert son cours. L'assistance, où s'étaient mêlés à la foule des étudiants et des élèves du maître, plusieurs membres du barreau, a fait au sympathique doyen un accueil enthousiaste.

Le professeur a choisi pour objet du cours : l'*Anthropologie criminelle.* On ne peut traiter une matière plus utile, plus intéressante, à l heure où, éclairé du jour de la psychologie et de la pathologie nouvelle, se pose impérieusement au médecin légiste le problème de la criminalité, de la responsabilité et des rapports du crime et de la folie.

A la théorie antique de la folie, d'après laquelle on est aliéné complètement ou pas du tout, à la théorie correspondante de la responsabilité criminelle, d'après laquelle on est tout à fait ou point du tout responsable, M. Brouardel oppose la nouvelle conception de la responsabilité, fondée sur les travaux des grands manigraphes français du commencement du siècle et des aliénistes contemporains, sur les études de l'école anthropologique italienne et de son chef Lombroso. L'étude du criminel démontre que, le plus souvent, il s'agit d'un malade, justiciable de l'examen médical. D'ailleurs l'analyse psychologique ne dénota-t-elle pas, dans tout individu, l'existence de deux coefficients, l'un intellectuel, l'autre moral, distincts, dissociables, souvent opposés ? Ce sont là autant de points de vue intéressants, que M. Brouardel étudiera dans le criminel prisonnier (1).

Toutes ces données nouvelles, qui touchent à ce que la science de la médecine et celle du droit ont de plus élevé dans la théorie et de plus délicat dans la pratique, ont ont été exposées par le professeur avec le tact et le bonheur d'expression qu'il sait mettre au service de son bon sens et de son clair jugement. Nous souhaitons que ce cours ne serve pas qu'à ceux qui peuvent aller l'entendre, mais qu'il puisse être lu par tous ceux qu'il intéresse, c'est-à-dire les médecins, les juristes et les esprits que ne laissent pas indifférents ces hautes questions de morale sociale.

Cours de Pathologie externe : M. Segond, agrégé, chargé de cours.

M. Guyon, venant d'être nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker, on a dû le remplacer pour le cours d'été à la Faculté. M. Segond, agrégé, a été désigné et a commencé ce cours lundi dernier à 3 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il a d'abord annoncé à ses auditeurs que, par suite de la disparition du cours magistral de pathologie externe, fait jadis par M. Guyon (M. Guyon ne devant pas être remplacé), M. Lannelongue prenait dès lors la direction de l'enseignement théorique de la chirurgie à la Faculté, et que désormais la pathologie tout entière serait exposée en un an aux élèves de la façon suivante : On la diviserait en 4 parties; l'une d'elles serait traitée par M. Lannelongue; une autre par un agrégé, chargé de cours pour le semestre suivant; les deux autres par deux agrégés auxquels on confierait seulement des conférences de pathologie externe.

M. Segond traitera cette année des maladies des organes génito-urinaires de la femme et de l'homme et terminera par l'étude des maladies du tronc, autant que faire se pourra. Il y a, a-t-il dit, trois façons de faire un cours : en érudit, en clinicien, en professeur désirant être réellement utile à de jeunes élèves. L'érudit s'arrêterait trop longtemps aux détails et ne remplirait pas le programme qu'on lui a tracé. Un cours magistral, basé sur des idées personnelles et l'expérience clinique, ne peut être fait que par un maître qui a blanchi sous le harnais. M. Segond se

(1) Voir sur ce point la conférence de notre maître Axenfeld sur Jean Wier et les sorciers, et quelques-unes des observations que nous avons publiées dans les comptes rendus de Bicêtre.

bornera donc à exposer d'abord les grandes lignes de la gynécologie, en s'efforçant de les rendre aussi peu fastidieuses que possible. C'est là le procédé le plus rapide et le plus utile aux débutants.

Après ce préambule, le professeur a esquissé, en quelques phrases du tour le plus heureux, avec cet humour, ce parisianisme charmant que l'on connaît, les principales phases de l'histoire de la gynécologie, magistralement tracées par Gallard. Il a montré que les premiers chirurgiens n'avaient pas craint d'aborder ce chapitre de la pathologie et de tenter la cure des maladies des femmes, eux qui ne connaissaient point, heureusement, cataplasmes, cérats et pommades; qu'au moyen âge, en raison de la situation différente réservée dans la société à la femme et de l'exercice de la médecine surtout par des moines, tout cela avait été oublié; et qu'enfin il fallait arriver au XIXe siècle pour trouver des hommes versés dans cette partie de l'art médical. Il a montré en terminant la révolution complète, radicale, véritablement colossale, effectuée en gynécologie par suite de l'avènement définitif des doctrines antiseptiques et surtout aseptiques.

Cette première leçon s'est terminée par l'étude de l'examen clinique de la femme qui se fait dans 3 conditions différentes : 1° de la façon habituelle (examen clinique ordinaire) ; 2° sous le chloroforme ; 3° à l'aide d'opérations exploratrices (dilatation utérine, curettage utérin, laparotomie exploratrice, ponction aspiratrice) ou examen clinique chirurgical proprement dit. Dans les leçons suivantes, M. Segond traitera d'abord des maladies de la vulve et du vagin, puis de celles de l'utérus et des annexes.

Nous n'insisterons pas sur la façon si vivante dont M. Segond fait son cours. Les chaleureux applaudissements qui l'ont accompagné à sa sortie de la salle, ont montré qu'il savait à fond quelle est la meilleure façon d'enseigner à la Faculté de médecine et à la mode de Paris.

Conférences d'Anatomie pathologique : M. Letulle, agrégé.

Dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, M. Letulle a commencé le mardi 18 mars, à deux heures, ses conférences d'anatomie pathologique. Il se propose d'étudier les lésions des principaux viscères, en commençant par le cœur, au point de vue macroscopique et histologique. Outre ses descriptions, il présentera, à son cours même, de nombreuses pièces, soit fraîches, soit conservées, et enfin réunira ses auditeurs une fois par semaine dans le laboratoire de M. Cornil pour leur montrer les lésions histologiques des organes.

Il s'efforce, dans cette première leçon, de pénétrer son auditoire de l'utilité de l'anatomie pathologique, non seulement dans la médecine spéculative, mais dans la médecine pratique. Il cite de nombreux cas topiques dans lesquels des diagnostics cliniques n'ont pu être posés que par des examens anatomo-pathologiques.

Conférence de Physique médicale : M. Weiss.

Le mardi 18 mars 1890, M. Weiss a fait sa première conférence de *Physique médicale*, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Il a choisi comme sujet général de ses leçons : l'*Electro-physiologie*. Mais avant d'aborder cette étude il se propose de consacrer ses deux ou trois premières conférences à l'exposé des méthodes d'observation les plus importantes en biologie et en clinique et il débute par la description de la méthode graphique. M. Weiss n'ignore pas combien la vue des phénomènes aide à leur compréhension et surtout à leur souvenir ; aussi apporte-t-il tous ses soins à la bonne réussite des nombreuses expériences dont il émaille ses descriptions. Nous ne saurions trop engager les étudiants à suivre ces conférences dont ils tireront, à divers points de vue, le plus grand profit. M. Weiss parle clairement, lentement. On sent en lui le professeur. Consciencieux et sincèrement épris de la science qu'il enseigne, il n'y a pas à douter qu'il fera aisément partager son sentiment à ceux qui voudront bien être ses auditeurs assidus.

Cours de Chimie médicale : M. Villejean, agrégé.

M. Villejean a commencé ses conférences lundi dernier, 17 mars, à 1 heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. En raison du nombre considérable d'auditeurs qui assistaient à cette première conférence, M. Villejean a été obligé de choisir un autre local. Aussi, ses conférences se continueront-elles dorénavant dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. M. Villejean étudiera cet été tout ce qui a rapport à la *chimie organique*. Il s'efforcera d'imiter celui qu'il vient de remplacer et qui a terminé ces jours derniers ses savantes leçons sur la chimie minérale : M. le Pr Gautier. Dans sa première conférenee, M. Villejean a donné quelques notions générales sur la façon d'envisager la chimie organique. Il continuera ainsi pendant quelques leçons, puis il fera l'étude des composés du carbone.

Conférence d'Histologie : M. Retterer.

L'enseignement de l'Histologie, à la Faculté de médecine, a été réglé par M. le Pr Mathias Duval de telle façon qu'une année puisse suffire à l'étudiant pour parcourir l'ensemble des matières. Pendant le semestre d'hiver, M. M. Duval a passé en revue la moitié du programme ; c'est à M. Retterer qu'échoit le périlleux honneur de lui succéder pendant le semestre d'été et d'enseigner l'autre moitié dans ses conférences. Le lundi 17 mars, à 5 heures, M. Retterer a débuté dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Le *système nerveux* doit être le sujet de ses premières leçons ; il entreprend l'historique rapide des découvertes anciennes et récentes relatives à ce chapitre si important de l'histologie.

Il s'attache à démontrer, en développant quelques exemples tirés de l'anatomie comparée et de l'embryologie, combien ces branches accessoires de la biologie ont apporté de lumières dans la connaissance de la topographie et de la texture du système nerveux. Il fait notamment ressortir les progrès acquis grâce aux rapprochements effectués entre les données cliniques et les observations anatomiques par Charcot et ses élèves.— M. Retterer est un homme de laboratoire ; ce qu'il décrit, il l'a vu, et c'est de là sans doute que proviennent la clarté et la concision qu'il sait mettre dans ses descriptions.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Chaire de physique.* La Faculté de médecine de Bordeaux, réunie en conseil, a voté mardi 11 mars sur les candidatures à la chaire de physique de la Faculté de Bordeaux. M. le Dr Bergonié, agrégé de la Faculté, a été présenté à l'unanimité en première ligne, et M. Bageris, agrégé de Nancy, en deuxième ligne. — *Examens dans les écoles de Médecine et de Clermont-Ferrand.* M. de Fleury a été désigné pour les examens des officiats de santé et sages-femmes des écoles de médecine de Toulouse et de Clermont-Ferrand, aux sessions d'avril et d'août 1890. — *Examens probatoires de pharmacie.* Une session d'examens probatoires de pharmacie s'ouvrira à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, le lundi 14 avril, à 8 h. du matin. Les consignations seront reçues jusqu'au jeudi 10 avril, à midi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 *mars* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

MM. LANNELONGUE et ACHARD étudient *les microbes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse.* — Le Staphylococcus pyogenes aureus, signalé autrefois par M Pasteur comme l'agent de cette infection, n'est pas le seul microorganisme capable de provoquer l'ostéomyélite aiguë infectieuse. Dans treize cas observés depuis dix-huit mois les auteurs n'ont trouvé que six fois le Microbe Orangé dans les foyers dont le pus a été cultivé. Une fois, ce microbe était associé au Staphylocoque blanc. Deux fois le Streptocoque pyogène a été trouvé comme seul générateur de l'ostéomyélite : dans ces deux cas, la maladie fut mortelle. Enfin, chez deux malades, on a constaté la présence d'un microorganisme particulier se rapprochant du Streptocoque. Il y a donc plusieurs espèces microbiennes capables d'engendrer le processus morbide de l'ostéomyélite infectieuse. A chacune de ces espèces microbiennes correspond une forme clinique propre : les ostéomyélites créées par le Streptocoque présentent une physionomie tout à fait à part : celles qu'engendrent les Staphylocoques correspondent aux descriptions classiques; celles du Streptocoque s'en éloignent sur bien des points. Le Staphylocoque blanc semble posséder un pouvoir pathogène.

M. RANVIER décrit *les éléments musculaires et les éléments élastiques de la membrane rétrolinguale de la grenouille.* — Cette membrane, qui recouvre le sac lymphatique rétrolingual, a des éléments musculaires striés, unis par des branches anastomotiques. Ces fibres striées anastomosées n'existent, chez les Vertébrés, que dans la musculature du cœur sanguin, dans les cœurs lymphatiques et dans la membrane rétrolinguale en question. Les fibres élastiques de la membrane sont attachées aux faisceaux musculaires : elles s'attachent au sarcolemme et se soudent intimement avec lui en s'y terminant brusquement. M. Ranvier s'est demandé comment se termine la fibrille musculaire, si c'est par un disque épais ou par un disque mince : il croit que le dernier disque est un disque épais.

M. LABOULBÈNE signale *un insecte Coléoptère (Ligniperda francisca) attaquant les vignes en Tunisie.*

M. ROMMIER indique la *diminution de la puissance fermentescible de la levure ellipsoïdale du vin en présence des sels de cuivre.*

M. GUENEZ signale un *procédé de dosage volumétrique du tannin.*

M. LÉO VIGNON décrit un *procédé de dosage de l'acétone dans l'alcool méthylique et dans les méthylènes de dénaturation.*

M. SCHLOESING continue *ses recherches sur l'absorption de l'ammoniaque de l'atmosphère par la terre végétale.*

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 *mars* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

M. LUYS fait une communication sur *l'influence qu'exercent les aimants sur des sujets hypnotisés en état de léthargie et de somnambulisme.* Ils pourraient provoquer, d'après lui, divers états émotifs (gaité, tristesse, indifférence).

M. DASTRE expose les résultats des recherches entreprises par M. E. DUFOUR (de Lyon), dans le but de déterminer *l'influence des alcalins sur la glycogénie hépatique.* Les expériences faites antérieurement ne permettent pas de déduire des conclusions fermes sur les rapports des alcalins et de la glycogénie du foie; celles de Pavy, Tomikowski, Ehrlich, E. Küln, Röhman sont contradictoires ou insuffisantes. M. Dufour a procédé de la façon suivante : Deux chiens adultes se rapprochant autant que possible comme race, taille, poids, âge, étaient mis au jeûne absolu pendant quatre jours, puis nourris pendant 8 à 15 jours avec une quantité égale de viande hachée, l'un d'eux recevant en outre 2 à 5 grammes de bicarbonate de soude. On les sacrifiait par la section du bulbe et on recherchait dans le foie le sucre et le glycogène. Le sucre était dosé directement. Après avoir transformé le glycogène en sucre, par la méthode de Seegen et Kvatschner, on dosait le sucre total. Le glycogène était obtenu par différence. Ayant expérimenté sur 12 chiens et deux lots de 5 cobayes, M. Dufour a trouvé d'une façon constante que les foies des animaux qui avaient reçu du bicarbonate de soude étaient plus riches en glycogène que ceux des témoins. S'agit-il là d'une augmentation directe par assimilation plus parfaite des aliments ou indirecte par retard de la transformation en sucre? c'est une question qui doit être réservée.

M. TUFFIER a fait de nombreuses expériences sur les animaux pour démontrer que l'*urine aseptique* n'a aucune action nocive, qu'elle soit infiltrée dans le tissu cellulaire, ou qu'elle soit déversée dans la cavité péritonéale, ou encore qu'elle baigne une plaie récente. Les accidents consécutifs à l'infiltration d'urine ne devraient donc pas lui être attribués. M. Tuffier a montré que pourvu que les précautions minutieuses de la méthode antiseptique fussent prises, on pouvait puiser par une ponction abdominale de l'urine dans la vessie pour, en retirant légèrement la seringue, la déverser en avant de cette vessie, sans déterminer chez l'animal d'accidents graves. Il a toujours obtenu ces résultats, qu'il ait agi avec de l'urine alcaline, neutre ou acide, ou avec de l'urine rendue chimiquement ammoniacale (par addition de carbonate d'ammoniaque). L'urine additionnée de sulfhydrate d'ammoniaque a produit quelques lésions du tissu cellulaire (induration, coloration noire), mais pas de réaction phlegmoneuse. Ces résultats, dit M. Tuffier, sont parfaitement applicables à l'homme et rien n'est à craindre, dans les opérations sur le rein, de la présence d'une urine aseptique.

M. CHARRIN. — M. Bouchard a pratiqué souvent des injections intra-veineuses d'urine. Les animaux qui ne succombaient pas à l'action toxique du liquide urinaire se rétablissaient fort bien.

M. DASTRE. — Quelques auteurs ont pensé que la mort avait été, dans un certain nombre de cas, la conséquence d'un épanchement accidentel de bile dans la cavité péritonéale. M. Dastre n'en croit rien. Il a vu chez quelques animaux, dans le cours d'expériences, la bile s'épancher dans le péritoine et cela sans causer la mort de ces animaux. Il pense qu'il doit en être de la bile aseptique comme de l'urine (1).

M. STRAUS a fait quelques expériences analogues à celles de M. Tuffier qui n'ont pas été couronnées du même succès. Il est vrai que les conditions expérimentales étaient un peu différentes.

M. KUNCKEL fait une communication sur le *mécanisme de l'éclosion de certains orthoptères.*

M. MEGNIN présente à la Société des échantillons de cultures de *Champignons parasitaires* faites par M. Duclaux. L'examen comparatif de ces cultures confirme, contrairement à l'assertion de Neumann, l'opinion qu'il avait antérieurement émise sur l'origine de la *Teigne du coq.*

Alex. PILLIET.

(1) Il y a quelques années déjà que des observations cliniques se rapportant à la chirurgie abdominale, ont démontré pour l'homme l'exactitude de ces faits (urine et bile) ; mais pour la bile les expériences seraient fort intéressantes à poursuivre, ne serait-ce qu'au point de vue des accidents mis parfois sur le compte de la suture de la vessie ou de la vésicule biliaire (cholécystotomie idéale). (M. B.).

HÔPITAL DES TEIGNEUX. — L'Hôpital des Teigneux qui devait être construit à Créteil sera établi à Paris dans une annexe de l'hopital Saint-Louis, d'après une récente délibération du Conseil municipal. Nous reviendrons sur ce sujet dans le prochain n°.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *mars* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. BUDIN rend compte de l'examen, fait par la commission dont il est le rapporteur, de *la substance colorante à ajouter aux paquets de sublimé employés par les sages-femmes.* Le bleu présente le plus grand nombre d'avantages, car cette couleur n'appartient à aucune boisson. Parmi les substances bleues, c'est le carmin d'indigo qui est préférable, en solution alcoolisée à 5 0/0. La commission propose la formule suivante :

Sublimé corrosif	0 gr, 25 centigr.
Acide tartrique.	1 gramme.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 0/0. . .	I goutte.

On mêle et réduit en poudre impalpable cette dose qui est *pour un litre d'eau.*

M. HERVIEUX lit un rapport sur un *projet de décret concernant la vaccine obligatoire à la Réunion,* dont voici les conclusions : 1° Encourager et au besoin prescrire la création d'un office de vaccine animale qui serait d'un puissant secours pour la propagation de la vaccine et l'atténuation des épidémies varioliques ; 2° Autoriser l'exécution du décret projeté, toutes réserves étant faites sur certaines dispositions dudit décret ; 3° Si l'ajournement du projet était définitif, rappeler à l'administration locale que, aux termes de la loi d'organisation municipale du 5 avril 1884, les corps municipaux et les maires ont, entre autres fonctions, celle d'assurer la salubrité, de prévenir et d'arrêter les épidémies et les maladies contagieuses, et, par conséquent, d'organiser, comme on l'a fait maintes fois en Kabylie et au Tonkin, les vaccinations et revaccinations obligatoires ; 4° Dans le cas où les pouvoirs municipaux négligeraient, en présence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, d'appliquer les lois existantes, le pouvoir central, représenté dans la colonie par le gouverneur, devrait imposer la pratique des vaccinations et revaccinations. Après quelques observations de MM. Rochard, Brouardel, Colin, ces conclusions sont adoptées.

ÉLECTION *d'un membre titulaire dans la section de chirurgie.* — Premier tour. Votants : 73. Majorité : 37. Obtiennent, MM. Terrier, 36 ; Chauvel, 35 ; Périer, 1 ; bulletin nul, 1. Deuxième tour. Votants : 75. Majorité : 38. Obtiennent, MM. Chauvel, 41 ; Terrier, 33 ; bulletin blanc, 1. — En conséquence M. CHAUVEL est élu. Paul SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 *Mars* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. COMBY, à l'occasion de la lecture du procès-verbal, rectifie deux erreurs d'impression insérées au Bulletin de la Société.

M. GAUCHER fait une communication sur les cas de *grippe* qu'il a observés et l'anatomie pathologique de cette affection. Il a vu plusieurs fois la plèvre intéressée dans le cas de congestion pulmonaire présenter un faible épanchement rapidement résorbé. Il n'a pas eu de pleurésies purulentes. Il a vu la congestion pulmonaire persister longtemps après la disparition de tous les autres symptômes. Une femme a présenté une otite purulente. Dans 2 cas mortels où la maladie avait l'aspect macroscopique de la pneumonie lobaire à la période d'hépatisation grise, il s'agissait de bronchopneumonie massive, pseudo-lobaire. L'examen bactériologique du poumon, de la rate et du sang du cœur pratiqué par M. Thoinot a montré, après ensemencement sur gélose et la culture dans l'étuve à 39°, l'existence de petits bacilles développés seulement dans les tubes ensemencés avec le poumon. Ceux qui avaient été ensemencés avec la rate ou le sang sont restés stériles. Cinq animaux inoculés avec le sang ou la pulpe de rate ont survécu. Des cinq animaux inoculés avec le suc pulmonaire, un seul, une souris blanche, a succombé. On a retrouvé chez elle le petit bacille. Dans le second cas, les cultures de sang et de rate sont restées stériles. La culture du poumon a donné de nombreuses colonies du petit bacille. Tous les animaux inoculés ont survécu. Cela donne à penser qu'il existe des bronchopneumonies grippales à aspect pneumonique qui ne sont causées ni par le pneumocoque ni par le streptocoque. La gravité des lésions pulmonaires est souvent mais pas toujours en rapport avec le mauvais état général antérieur du sujet. Deux diabétiques, l'un de 50, l'autre de 60 ans, ont survécu, ainsi que trois tuberculeux. Trois décès par pneumonie grippale sans maladies antécédentes, et cinq chez des gens d'un âge avancé. Rien de particulier quant aux grippes qui simulent au début la fièvre typhoïde. Parmi les formes nerveuses : 1 cas de névralgie du trijumeau qui ne céda qu'au sulfate de quinine qui semble être le véritable médicament de la grippe. Une petite fille de 6 ans présenta pendant 24 heures des accidents d'apparence méningitique. Dans 2 cas il y eut pendant la convalescence de l'angoisse précordiale et de l'irrégularité du cœur et du pouls. Il faut encore signaler parmi les accidents rares 1 cas d'otite, 1 de mastoïdite et un de thyroïdite aiguë chez un goitreux ancien ; la thyroïdite guérit, mais le goitre persista. 2 cas de suppurations cutanées.

M. FÉRÉOL félicite M. Gaucher sur sa communication et dit qu'il vient de voir entrer dans son service un homme atteint de grippe et de pleuropneumonie avec épanchement purulent peu abondant dans la plèvre. L'épidémie n'est donc pas terminée.

M. GAUCHER a encore récemment observé plusieurs cas à l'Hôtel-Dieu annexe, dont une mort de bronchopneumonie.

M. HAYEM n'a pas vu de nouvelles grippes. Le malade à propos duquel il avait posé la question dans une des précédentes séances a eu une fièvre typhoïde. Il est certain qu'on voit encore des cas isolés, mais pas plus qu'il n'en existe d'ordinaire à cette saison et qui sont difficiles à distinguer de ceux de l'épidémie.

M. GUYOT croit que l'intensité des phénomènes généraux permet de distinguer les cas de grippe épidémique des maladies saisonnières qu'on voit habituellement à cette époque de l'année et des bronchites catarrhales.

M. HAYEM n'a plus vu de grippe depuis environ un mois à St-Antoine, mais il n'en est peut-être pas de même dans tous les quartiers.

M. GERIN-ROZE, à propos du malade de M. Gaucher, qui présentait une névralgie du trijumeau, doute de la nature grippale de cette névralgie.

M. GAUCHER pense que la présence des signes généraux et l'action du sulfate de quinine permettent de rapporter cette névralgie à l'influence grippale. Il en est de même pour les enfants qui ont présenté des signes de méningite, la rapidité de la cédation, le peu de gravité du pronostic permettent de penser qu'il ne s'agissait pas là de méningite vraie.

M. GERIN-ROZE considère ces symptômes méningitiques comme des manifestations hystériques.

M. GAUCHER. — Chez l'enfant en question il n'existait pas d'hystérie, on aurait pu penser à une méningite tuberculeuse, un des frères de la malade étant mort de cette affection. Mais l'évolution de ces symptômes aussi bien que la présence de la grippe chez cette enfant m'engage à penser qu'il s'agissait là d'une manifestation grippale.

M. JUHEL-RENOY pense qu'il faut faire quelques réserves sur le diagnostic rétrospectif de la méningite. Il a vu chez une enfant, non nerveuse, non vermineuse, des accidents simulant la méningite spinale guéris par l'application de ventouses six jours de suite. On ne peut dire dans ce cas s'il y avait véritablement méningite grippale.

M. SEVESTRE a vu aussi des accidents méningitiques chez les enfants. Il les communiquera dans la prochaine séance.

H. HAYEM. — Le sulfate de quinine semble excellent dans le traitement de la grippe. Mais il est toujours difficile de se prononcer sur la valeur d'un médicament dirigé contre des symptômes passagers par nature. On peut toujours se demander si le signe n'a pas disparu de lui-même.

M. GAUCHER. — J'ai dit que le sulfate *semblait* avoir agi. Tout ce qu'on avait donné auparavant n'avait rien produit.

M. HAYEM. — Peut-être le sulfate de quinine est-il arrivé au bon moment.

M. VAILLARD fait une communication sur l'*infection typhoïde sans lésions intestinales*, à propos d'un malade entré d'abord pour une grippe, qui, ayant repris son service au bout de cinq jours, présenta presque aussitôt des signes plus sérieux : température de 40°, épistaxis abondante, coma vigil, contracture du pharynx, constipation absolue. Après une courte amélioration, les symptômes cérébraux reprirent avec intensité et le malade succomba au bout de dix jours. A l'autopsie on trouve une congestion des méninges cérébrales et spinales avec un peu d'exsudat séreux. Pas de granulations tuberculeuses. La rate, mollasse, pèse 480 grammes. L'intestin ne présente aucune altération. Les cultures faites avec la pulpe splénique, le sang du poumon, des parcelles de la moelle, du bulbe et de la protubérance donnent un bacille morphologiquement semblable au bacille typhique, comme lui non colorable par la méthode de Gram et donnant par la culture sur les différents milieux, même sur la pomme de terre, les caractères du bacille d'Eberth. Dans la rate et l'exsudat méningé, on a trouvé en outre le streptocoque déjà rencontré dans plusieurs cas de grippe mortelle. Faut-il conclure de là qu'il s'agit d'une infection typhique non revêtue de ses caractères habituels? Il existe déjà plusieurs observations d'infection typhique sans lésions intestinales. La maladie pourrait donc évoluer et aboutir à la mort sans provoquer des lésions pathognomoniques et portant son action sur d'autres organes affectés des formes cliniques, très différentes de celles qui sont actuellement décrites et dont la véritable nature ne pourra être reconnue que par l'examen bactériologique.

M. NETTER rappelle qu'on connaît cinq autres observations de méningite dans lesquelles existait un bacille analogue à celui de la fièvre typhoïde, mais s'en distinguant par ses caractères de culture sur la pomme de terre. Celle de M. Vaillard montre qu'il serait utile de posséder la connaissance d'un caractère spécifique du bacille d'Eberth, moins sujet à controverse et plus sûr.

M. VAILLARD connaît le bacille dont parle M. Netter et affirme qu'il se différencie très nettement par la culture sur pomme de terre du bacille typhique. Il trouve M. Netter sévère pour ce mode de différenciation.

M. NETTER. — Ce caractère pouvant manquer pour le bacille de la fièvre typhoïde, et, comme il n'est pas démontré absolument qu'on trouve l'infection typhoïde sans plaques de Peyer, on ne peut, étant données ces difficultés, accepter le bacille de M. Vaillard comme bacille typhique que sous réserves.

M. GUYOT. — Récemment on a fait dans mon service l'autopsie d'un malade arrivé sans connaissance, chez lequel le diagnostic de méningite cérébro-spinale était le seul rationnel. On n'a pas trouvé d'autre lésion qu'une petite ulcération d'une plaque de Peyer.

M. VAILLARD. — Quand ce malade est mort, il n'y avait pas de fièvre typhoïde dans son régiment; peu de jours après, on en constatait 7 cas.

M. CHANTEMESSE. — L'observation de M. Vaillard pourrait prêter à quelques critiques sur la légitimité du diagnostic. Mais nous souscrivons à ses conclusions en raison des résultats dus à l'expérimentation : 1° de l'étude de la fièvre typhoïde du fœtus; 2° de l'examen des cas de fièvre typhoïde sévère qui présentent une seule ulcération intestinale petite comme une lentille. En inoculant le bacille d'Eberth aux animaux, ce n'est pas la fièvre typhoïde qu'on reproduit, mais une septicémie qu'on retrouve chez les malades de Banti et de MM. Vaillard et Vincent. En 1887, nous avons trouvé le bacille typhique dans le placenta d'une femme ayant avorté au cours d'une dothiénentérie. Nous avons pu déterminer expérimentalement le passage des bacilles de la mère au fœtus sur des cobayes. Dans la rate, le foie, le sang du cœur d'un fœtus de huit mois environ, nous avons trouvé le bacille typhique. L'intestin ne présentait pas d'altération. D'autres faits de Reher, Neuham, Eberth, montrent qu'on a retrouvé le bacille dans les organes de fœtus expulsés pendant la fièvre typhoïde de la mère. Dans ces cas, la fièvre typhoïde du fœtus est représentée par une septicémie pure et simple, dont l'inoculation est faite par la voie sanguine. 3° Chez un homme atteint d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, nous n'avons trouvé dans l'intestin qu'une petite ulcération. Les organes contenaient en abondance le bacille typhique. L'invasion du bacille typhique peut donc exceptionnellement ne déterminer aucune altération appréciable de l'intestin.

M. HUCHARD fait une communication relative 1° *aux pouls et à la tension artérielle dans la grippe* ; 2° *aux algésies et au rhumatisme infectieux de la grippe;* 3° *au réveil et à l'aggravation des maladies antérieures par la grippe.* Il conclut que l'influence de la grippe s'exerce aussi sur le système circulatoire, qu'elle doit être combattue par les stimulants du cœur et des vaisseaux. Qu'on retrouve dans cette épidémie l'ensemble des manifestations qui ont marqué les précédentes.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. QUÉNU, à propos du procès-verbal, revient sur la question des *indications opératoires dans la néphrectomie pour cancer rénal.* — En pratique, il y a deux sortes de tumeurs malignes du rein : 1° celles des enfants ; 2° celles des adultes. 1° Les tumeurs malignes chez les enfants ont une allure rapide, et, si on les opère, on a de grandes chances de voir la mort survenir par suite du choc, soit dans l'espace de quelques heures, soit quelques jours après l'intervention. Il cite à ce propos le cas d'un enfant de 5 ans qu'il a opéré à l'hôpital Bichat. Malgré des précautions spéciales (atmosphère de la salle d'opérations très chaude, perte de sang très minime), la mort est survenue sans hémorrhagie secondaire. La néphrectomie est donc toujours très grave dans ces cas, et, sans la proscrire, les chirurgiens la font avec un enthousiasme relatif. — 2° Chez l'adulte, au contraire, l'hésitation est beaucoup moins permise, et il ne faut faire, au point de vue opératoire, aucune différence entre le sarcome et l'épithéliome ; il faut agir avec rapidité, le plus tôt possible, dès qu'on soupçonne une tumeur rénale à l'un des deux signes suivants : Hématurie; tumeur rénale. Quand l'un de ces signes est suffisamment accentué, M. Quénu pense qu'il ne faut pas hésiter à recourir de suite à la *laparotomie exploratrice*, qui n'est pas plus grave que tout ce que l'on pourrait tenter dans la vessie pour savoir par quel uretère vient le sang, etc. (1), et qui permet de se rendre compte exactement des lésions, de leur étendue et de leur siège. D'autre part, elle constitue le premier temps de l'opération, la néphrectomie transpéritonéale, qui doit être l'opération de choix et non une opération de nécessité, comme on l'a cru jusqu'à présent. A son avis, la néphrectomie transpéritonéale est la seule recommandable, car elle seule permet l'extirpation des tissus périrénaux malades et des ganglions lymphatiques voisins dégénérés. L'incision médiane, comme dans presque tous les cas de laparotomie, est de beaucoup la meilleure. Plus l'on interviendra de bonne heure, plus l'on aura de chance de guérison. Le fait suivant montre qu'on peut avoir un succès dans des circonstances graves.

Femme de 42 ans, malade depuis 10 ans, qui rentre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Une grossesse, il y a quelques années, ayant exagéré les souffrances. Etat général extrêmement mauvais. Jamais d'hématurie. MM. Terrier et Quénu et tous ceux qui virent la malade firent le diagnostic de kyste de l'ovaire adhérent et enflammé. Pendant le cours de l'opération, qui fut une néphrectomie transpéritonéales (mode Terrier), on crut avoir affaire à un sarcome kystique de l'ovaire. Les ganglions lombaires étaient dégénérés (2). La tumeur étant fendue, on reconnut, ainsi que le confirma l'examen histologique, qu'il s'agissait d'un épithélioma rénal

(1) Nous prions nos lecteurs de prêter attention à la proposition de M. Quénu qui est extrêmement rationnelle. Pour en comprendre la valeur et la nouveauté, il suffit de se reporter au cas d'épithélioma rénal au début, présenté récemment à la *Société anat.* par notre collègue Albarran et chez lequel la mort est survenue par septicémie à la suite d'explorations vésicales à l'aide de l'endoscope. Jamais une laparotomie aseptique n'en aurait fait autant et, ayant trouvé un rein malade, on l'aurait enlevé avec les plus grandes chances de succès.

(2) Observation complète publiée dans le *Bulletin de la Soc. Anat.* en 1888.

avec foyers hématiques. La malade est retournée guérie dans son pays.

M. Le Dentu fait remarquer l'intérêt que présente le cas de M. Quénu au point de vue anatomo-pathologique. Il s'agit là d'une variété mal connue de cancer rénal hématique à grandes cavités ; il croit avoir observé deux cas analogues, mais il n'a pas pu en faire l'autopsie.

M. Terrier. — Les grands kystes séreux du rein peuvent, comme les cancers de cet organe, être le siège d'hémorrhagies intra-kystiques ; mais cette question des kystes rénaux est fort mal connue et ce sont des cas à étudier à nouveau. Peut-être faudrait-il rapprocher ces kystes hémorrhagiques du rein des cancers avec foyers hématiques.

M. Le Dentu rapporte volontiers aux tumeurs malignes rénales les kystes hématiques de cet organe.

M. Périer fait une communication sur *l'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable*. — Il s'agit d'un homme atteint d'une tumeur laryngienne non opérable par les voies naturelles, tumeur ayant la forme d'une masse polypoïde proliférante sous forme de choux-fleurs. A 3 reprises différentes, pour soulager le patient et pour confirmer le diagnostic, M. Gouguenheim excisa, par la voie endolaryngée, des morceaux de néoplasme. On reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma au début.

Opération le 5 mars 1890. Le malade respirant bien, on fit l'anesthésie avec une grande facilité. Incision transversale à un travers de doigt au-dessous du cricoïde jusqu'à l'aponévrose, d'un muscle sterno-cleido-mastoïdien à l'autre. Incision transversale dans l'espace thyrohyoïdien, allant jusqu'à la membrane thyrohyoïdienne. Incision médiane réunissant ces 2 incisions transversales (⌶ renversée). Le squelette laryngo-trachéal fut alors mis à nu en écartant l'isthme du corps thyroïde sectionné. On le rabattit en rasant le larynx à sa face externe et en détachant les muscles qui s'y insèrent, en particulier le constricteur inférieur du larynx. Pendant ce temps hémorrhagie très légère (5 à 6 pinces sur de petits vaisseaux). Un fil en anse est alors passé dans la trachée pour pouvoir la soulever et la fixer. On décolle ensuite la face postérieure du larynx de l'œsophage, à l'aide d'une aiguille de Cooper, sur laquelle on charge la trachée comme une grosse artère. Ceci fait, d'un seul coup sec, on sectionne au bistouri la trachée à l'union de son 1er cerceau avec le cartilage cricoïde (espace membraneux crico-trachéal). A ce moment, dans la trachée relevée à l'aide du fil préalablement passé à quelques centimètres au-dessous du point de section, on introduit une canule conique spéciale, à peine courbe, à laquelle est adapté un long tube de caoutchouc pourvu d'un entonnoir dont le chloroformisateur s'empare et à l'aide duquel il continue l'anesthésie. C'est alors que M. Périer fit la dissection du larynx; elle fut facile ; il coupa les grandes cornes de la thyroïde. La trachée fut suturée à la partie inférieure de la plaie, à la manière dont M. Terrier l'a fait dans un cas analogue. La suture faite, on laissa l'orifice béant et sans canule. Réunion de la plaie autour de l'ouverture de la trachée et sur la ligne médiane. En haut, la plaie ne fut pas complètement fermée et on laissa l'orifice susglottique béant pour pouvoir ultérieurement adapter un larynx artificiel spécial. L'épiglotte, laissée en place, pouvait fermer cet orifice.

Malheureusement le malade est mort subitement de syncope dans la nuit. A l'autopsie on ne trouva rien sauf de l'athérome près de l'embouchure de l'aorte. — Le larynx examiné montre qu'il s'agit d'une tumeur limitée à la partie gauche du larynx.

M. Schwartz. — Cette laryngectomie, sans trachéotomie préalable, constitue un procédé nouveau ; mais est-il aussi bon que le pense M. Périer. M. Schwartz pense qu'il y a avantage à faire d'abord la trachéotomie, pour habituer le malade au raccourcissement de ses voies aériennes et pour ne pas faire deux choses en même temps : raccourcissement des voies aériennes et ablation de la tumeur. Dans le cas de tumeur bien limitée, comme celui de M. Périer, il y aurait à se demander s'il n'aurait pas mieux valu faire une laryngectomie partielle, car elle aurait été suffisante ; et il y a une différence énorme au point de vue de la mortalité.

M. Terrier a fait l'année dernière une extirpation du larynx par un procédé absolument analogue, quoique son malade ait été déjà trachéotomisé au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. — Homme de 5? ans, malade depuis 1887, atteint de cancer intrinsèque du larynx. Trachéotomie préalable pour accidents dyspnéiques, le 7 mai 1889. — Opération le 26 juillet 1889, chez un homme très édifié sur les dangers de cette intervention. La trachéotomie ayant été faite beaucoup trop haut pour pouvoir être utilisée, M. Terrier plaça dans la trachée une canule de Trendelenbourg, uniquement pour obturer les voies aériennes. Malgré l'emploi de cette canule, il tomba du sang dans la trachée. L'anesthésie fut facile, mais l'ablation du larynx difficile, en raison de lésions déjà anciennes et assez étendues. Comme vient de le dire M. Périer, M. Terrier sectionna alors d'un seul coup et brusquement le larynx au niveau de l'orifice de la trachéotomie ; puis il attira hors du cou la trachée après avoir réséqué le cricoïde qui lui restait adhérent et qui était malade, et sutura les anneaux supérieurs sains de la trachée à la peau du cou, comme si, en somme, il n'y avait pas eu de trachéotomie préalable.

Puis il enleva avec difficulté la partie supérieure du larynx et sutura complètement la partie supérieure de la plaie. En résumé, l'opération comprit les temps suivants : Section du larynx en deux parties dans l'interstice crico-thyroïdien, au point où la trachéotomie avait déjà été faite ; extirpation du cricoïde et fixation de la trachée au cou ; 3° Extirpation sus-cricoïdienne. Durée de l'opération, 1 h. 55.

La pièce examinée montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé et corné.

Les suites opératoires furent des plus simples. Grâce à une surveillance attentive de la part de l'interne du service, on put arriver à temps pour empêcher les bords de la suture trachéale qui se tuméfièrent rapidement d'obturer l'orifice d'entrée de l'air ; il suffit pour cela de placer temporairement une canule. Ce gonflement disparut bientôt.

Alimentation par la sonde ; le 27 août, le malade put prendre des aliments par la bouche. Guérison.

Le 28 novembre 1889, on dut lui extirper sur le côté du cou un ganglion épithéliomateux, situé dans les parties les plus profondes du cou (opération médiocre). Cette plaie fut infectée d'ailleurs par les mucosités sortant par l'ouverture de la trachée au cou. Le 14 décembre, attaque d'influenza ; apparition rapide d'accidents broncho-pneumoniques, faciles à comprendre par suite de l'infection préalable des voies aériennes, et mort.

Ce malade fut très soulagé par cette opération pendant ses 4 mois de survie : il n'y a pas de comparaison à établir entre les conditions de cette survie après laryngectomie totale avec la survie obtenue à l'aide de la trachéotomie, qui a fait durer l'agonie 18 mois chez un autre de ses malades. Cette agonie a été terrible, malgré la morphine. M. Terrier est à l'heure actuelle convaincu de la supériorité de l'extirpation du larynx sur cette trachéotomie, et il admet absolument la façon dont a procédé M. Périer, qui a eu l'avantage de tomber sur un malade tout à fait au début de son mal et surtout auquel on n'avait pas fait d'avance une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Il vaut beaucoup mieux, comme il l'a déjà dit et fait le premier, suturer la trachée à la peau, car ainsi on n'infecte pas la partie supérieure de la vaste brèche cervicale supérieure qui guérit par première intention. Il est partisan d'intervenir le plus rapidement possible et d'extirper complètement le larynx ; l'extirpation partielle donne des résultats très médiocres.

M. Le Dentu a fait une fois l'extirpation du larynx, il y a deux ans, par l'ancienne méthode. Une récidive survint assez rapidement à la partie supérieure. Le procédé de M. Terrier (suture de la trachée à la peau) a des inconvénients : gonflement des bords de la plaie et menace d'asphyxie, obligeant à mettre quelque temps une canule ; difficulté d'application d'un larynx artificiel après une opération faite dans de telles conditions. Il pense qu'il vaut mieux ne fixer que la moitié antérieure de la trachée, c'est-à-dire ne faire qu'une fixation partielle. La laryngectomie partielle donne des résultats déplorables.

M. Lucas-Championnière. — L'opération de M. Terrier et surtout la façon dont a agi M. Périer sont très séduisantes ; mais s'agit-il bien d'une simplification ? L'extirpation partielle n'est pas toujours très mauvaise. Faut-il toujours faire

l'extirpation, puisqu'on ne connait pas encore bien aujourd'hui les tumeurs du larynx ?

M. Périer répond à M. Le Dentu qu'on peut facilement parer aux inconvénients qu'il signale. Son malade n'est pas mort par asphyxie, mais par syncope.

Correspondance. — Le recteur de l'Académie de Montpellier invite la *Société de Chirurgie* à se faire représenter aux fêtes du Centenaire de l'Université. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 Mars 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Boymond lit une communication sur l'*aristol.* Employé dans les maladies de la peau, il serait un succédané de l'iodoforme, de l'iodol, d'après Eichoff. Il ne présente aucune action nocive, agit énergiquement et ne présente aucune odeur. On l'obtient sous forme d'un précipité rouge brun, en traitant une solution d'iode dans l'iodure de potassium, par le thymol dissous dans la soude caustique. C'est un *biiodure de dithymol.* Il est insoluble dans l'eau, se dissout peu dans l'alcool, mais facilement dans l'éther. On l'emploie mélangé à des huiles grasses ou en poudre sur les plaies, les brûlures. Il n'est pas absorbé par l'organisme, et n'a pas d'action toxique. Il est aussi utile que la chrysarobine pour le traitement du psoriasis, mais il ne colore pas la peau, et ne produit pas de conjonctivites. Eichoff utilise la pommade suivante :

Aristol	3 à 10 grammes.
Vaseline.	30 grammes.

Par-dessus l'onction faite avec cette dernière, on recouvre avec de la gutta-percha. Ce pansement est renouvelé 2 ou 3 fois dans la même journée. On savonne ensuite les téguments.

M. Bardet lit un travail sur l'*hypnal.* Ce corps est un trichloracétyl — diméthylphényl pyrazolone — que l'on obtient par l'action du chloral sur l'antipyrine. Il possède les propriétés sédatives et hypnotiques des corps composants. On l'emploie à la dose de 1 gramme ; dans 22 cas, après son administration, le sommeil a été facilement obtenu. Il donne de bons résultats dans les insomnies dues à la douleur et à la toux. Il ne possède ni le goût ni la causticité du chloral, il n'irrite pas l'estomac. Il est donc facile à administrer, surtout chez les enfants.

M. Créquy lit une note sur les *dangers du sublimé en obstétrique.* L'auteur vient d'observer des accidents dûs au sublimé chez une malade de sa clientèle ayant fait un avortement de 3 mois. On a d'abord fait des injections au 2/1000 sans inconvénients ; après la délivrance, qui a été longue à se faire, on les a répétées. Deux jours après apparaissaient de la stomatite, des vomissements, de la diarrhée, de l'anurie qui persista trois jours. La malade a guéri. M. Créquy pense que si on n'observe pas plus d'accidents, c'est qu'on se sert souvent comme récipient, pour les solutions de sublimé, de vases en métal, ce qui supprime son efficacité.

M. C. Paul. — J'ai vu la malade de M. Créquy. Il est peut-être dangereux de laisser entre les mains des sages-femmes un corps aussi dangereux. D'ailleurs, souvent, elles le laissent à la disposition de la famille pour faire des injections. On peut aussi redouter dans ce cas une erreur de lieu dans les injections, le rectum absorbant beaucoup plus que le vagin.

M. Delpech. — Dans le cas signalé par M. Créquy, l'absorption s'est faite par la plaie utérine. Ces faits peuvent se reproduire ; aussi je suis opposé à l'idée de laisser entre les mains du public des paquets de sublimé ou des liqueurs-mères. Le sublimé étant très actif, il suffit d'employer des doses minima.

M. Duhomme. — Le début de l'intoxication, dans le cas de M. Créquy, a commencé avec l'expulsion du délivre ; les solutions de continuité sont une voie d'absorption pour les corps toxiques.

M. Blondel. — On peut expliquer par l'existence d'une lésion vaginale le fait observé par moi chez une femme qui, après l'application d'un tampon de gaze iodoformée, ressentit une saveur iodée désagréable.

M. C. Paul insiste sur le danger à laisser du sublimé entre les mains des sages-femmes.

M. Bardet. — Les doses autorisées sont trop fortes ; des solutions concentrées ne sont pas indispensables. On pourrait utiliser des substances plus actives et moins dangereuses, comme le biodure, trois fois plus actif et moins toxique que le sublimé. Les paquets de sublimé ou les solutions restant chez les clients seront à la merci du public.

M. Labbé. — Il y aurait avantage à se servir de la solution au 1/10.000. Je viens d'être témoin dans mon service d'une éruption hydrargyrique due à l'erreur d'une infirmière.

M. Boymond. — On a proposé d'ajouter à la solution du sulfate de cuivre ou de zinc comme vomitif, dans le cas où la solution serait avalée.

M. Catillon. — Il faut sans doute laisser de côté l'irrigateur en métal.

M. Créquy. — Il vaut mieux se servir de récipients émaillés ou en verre. J'admets les petits paquets transportables et peu encombrants.

M. Delpech. — Le biiodure est plus cher que le sublimé ; avec sa solution au 1/10.000 il y a peu de danger à en avaler une petite quantité. On pourrait ajouter une odeur désagréable. Les petits paquets sont dangereux.

M. Vigier. — Je propose d'employer des substances moins dangereuses, comme le sulfo-carbol qui est actif à 10/1000.

M. Rongon. — A-t-on expérimenté la valeur microbicide de ces substances ?

M. Vigier. — J'ai publié ces expériences avec M. Laborde. M. Miquel les a confirmées.

M. C. Paul. — Il faut rechercher l'activité antiseptique de tel produit pour chaque microbe.

M. Vigier. — Les petits paquets étant admis, il faut éviter d'y ajouter la coloration rouge ou rose, mais plutôt une coloration jaune, plus stable. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du lundi 10 mars 1890. — Présidence de M. Brouardel.

Discussion sur le rapport de M. Horteloup (1).

M. Vibert démontre les inconvénients qui résultent du mode actuellement en usage de recrutement au hasard des médecins-experts : d'une part, ceux qui font de la médecine légale leur spécialité ne trouvent souvent aucune occupation; d'autre part, les médecins-experts de profession se voient un beau jour inscrits sur la même liste que certains médecins ordinaires qui n'ont jamais fait d'études spéciales et qui par leurs expertises parfois monstrueuses encourent des plaintes fondées. Pour remédier à cette déplorable situation, il propose de dresser une liste fixe avec un nombre déterminé, et *aussi limité que possible,* de médecins reconnus comme experts capables et qui seuls auront le privilège de prêter leur concours aux magistrats.

M. Horteloup pense, au contraire, que la liste des experts doit être *aussi étendue que possible,* à condition, bien entendu, qu'on choisisse des médecins capables.

M. Brouardel est d'avis qu'il faut éviter de dresser une liste trop limitée d'experts. Il démontre que tous sont d'accord avec le sens général du rapport qui conclut à la nécessité de relever l'enseignement professionnel de la médecine légale. Quant à la liste, elle doit être dressée en se guidant non seulement par l'instruction des candidats, mais aussi par leur connaissance du tact et du jugement.

M. Constant se prononce pour une liste dressée par la Cour d'Appel sur l'avis de la Faculté. Il entre ensuite dans les détails relatifs aux honoraires.

M. Horteloup rappelle que la Commission n'avait pas à s'occuper de l'organisation détaillée des tarifs.

M. Brouardel met au vote les conclusions générales du rapport qui sont adoptées.

M. Motet pense que la revision de la loi de 1811, sur les tarifs des médecins légistes, doit être l'œuvre d'une nouvelle Commission.

La séance est levée à 6 h. 1/2. I. Roubinovitch.

(1) V. *Progrès méd.* du 15 février 1890.

Société allemande de botanique. — La Société allemande de Botanique tiendra ses assises, cette année, à Brehm, en septembre.

CORRESPONDANCE

A propos de la « Statistisque des causes de la mortalité et les médecins (1) ».

Saint-Brieuc, le 10 mars 1890.

Il y a longtemps que cette question de statistique mortuaire préoccupe les médecins et les administrations. Beaucoup d'entre nous refusent, avec raison à mon sens, de mentionner leur diagnostic sur les certificats de décès. Le plus souvent, il est vrai, il n'y a aucun inconvénient à le faire; mais lorsqu'il y en a, s'il s'agit par exemple d'une affection cancéreuse, on n'en n'indiquera pas de diagnostic et ce cas rentrera dans les *causes inconnues*, en éveillant mal à propos la curiosité, ou on en donnera un quelconque : dans l'un et l'autre cas, la statistique sera également faussée. J'ai refusé catégoriquement de spécifier la cause des décès et j'ai tout lieu de m'en féliciter, car dernièrement j'ai vu traîner, sur la table d'un employé de la mairie, un certificat signé de moi et datant de plus d'une semaine. Si, dans ce cas, il y avait eu un intérêt de convenance à cacher le nom de la maladie, les nombreuses personnes venues à ce bureau — naissances, mariages, décès— auraient été vite au courant de ce qu'elles devaient céler. Pourquoi, ne pas adopter d'une façon générale et uniforme une des deux propositions suivantes, souvent discutées dans les journaux médicaux : 1° Diagnostic sous enveloppe cachetée; 2° Tableau préparé par l'administration et donné au médecin pour établir tous ses diagnostics de décès. Ainsi le secret professionnel et l'intérêt de la statistique seraient également sauvegardés.

Dr Paul AUBRY.

Il est très facile d'obvier aux inconvénients signalés par M. Aubry. Les médecins, en signalant aux administrations municipales la nécessité de certaines précautions, peuvent rendre de nombreux services. Ces précautions sont prises dans certaines villes, par exemple à Paris. Ajoutons enfin que, dans les petites localités, tout le monde sait, le plus souvent, la cause du décès.

BIBLIOGRAPHIE

Cremation and Urn burial or the cemeterus of the future; by W. ROBINSON, with illustrations. — London, Cassell and Cº, 1889.

M. Robinson, bien connu pour ses travaux sur des parcs anglais, sur les parcs et les jardins de Paris, sur les jardins et les fleurs sauvages, vient de faire paraître un dernier travail pour prouver que, si la crémation devient générale ou même remplace partiellement l'usage de laisser pourrir les corps dans la terre, les cimetières de l'avenir pourront devenir de jolis jardins publics, places de repos pour les morts et dépôt sûr pour les statues commémoratives, les urnes mortuaires et les inscriptions indélibiles. Il expose, pour compléter son œuvre, les dangers pour la santé publique de la manière de procéder actuelle. — On trouve dans ce livre de jolies illustrations et de longs extraits des discours de sir Spencer Wells au Parkes Museum et au Sion College. (*Lancet*, oct. 5, 89.)

Modem Cremation, its History and Practice, by sir Henry THOMPSON, P. R. C. S. M. B. Lond., London : Kegan, Paul, Trench and Cº, 1889.

On ne peut guère dire plus de choses en faveur de la crémation qu'en a dite sir H. Thompson dans ce dernier ouvrage. Ce livre contient un exposé clair de l'historique et du but du mouvement en faveur de la crémation. Les avantages et les inconvénients de la crémation y sont discutés sagement. L'auteur expose très bien les dangers du mode actuel ; quant à l'objection faite au point de vue médico-légal, il dit que ces cas sont l'exception et qu'une vérification plus soigneuse des décès suffirait pour empêcher les empoisonnements ou autre mort subite de passer inaperçus ; et il propose une réforme du système actuellement en vigueur et en premier lieu de nommer, comme en France, des médecins vérificateurs. Son ouvrage contient un projet de loi qui rendrait ces réformes praticables et aplanirait les difficultés que l'on veut voir dans la crémation ; on pourrait, dans les cas douteux, ordonner ou l'autopsie ou l'enterrement. (*British med. Journal*, july 20, 89.)

(1) *Progrès médical*, 1890, p. 168.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

Inscriptions. — (3e trimestre de l'année scolaire 1889-1890).

Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 16 avril. Il sera clos le samedi 10 mai à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 avril. 2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et de quatrième années d'officiat, les mercredi 30 avril, jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 mai. MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2me trimestre 1889-90. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Souscription pour la statue de Boussingault.

Première liste des souscripteurs : MM. L. Pasteur, président d'honneur du Comité, 100 fr. ; Schlœsing, président, 100 fr. ; Berthelot, vice-président, 50 fr. ; Duchartre, vice-président, 50 fr. ; Laussedat, vice-président, 50 fr. ; Peligot, vice-président, 50 fr. ; Risler, vice-président, 50 fr. ; Tisserand, vice-président, 50 fr. ; Liébaut, trésorier, 100 fr. ; A. Muntz, secrétaire, 100 fr. ; Sagnier, secrétaire, 50 fr. ; Bouquet de la Grye, membre du comité, 50 fr. ; Carnot (Adolphe), membre du comité, 50 fr. ; Comberousse (de), membre du comité, 50 fr. ; Cornu (Maxime), membre du comité, 100 fr ; Damour, membre du comité, 100 fr. ; Daubrée, membre du comité, 50 fr. ; Dehérain, membre du comité, 50 fr. ; Foucher de Careil, membre du comité, 50 fr. ; Gasparin (Paul de), membre du comité, 100 fr. ; Gatelier, membre du comité, 50 fr. ; Gayon, membre du comité, 50 fr. ; Girard (Aimé), membre du comité, 50 fr. ; Grandeau, membre du comité, 50 fr. ; Houzeau, membre du comité, 100 fr. ; Joulie, membre du comité, 50 fr. ; Lecouteux, membre du comité, 50 fr. ; Le Play (Dr), membre du comité, 50 fr. ; Monicault (de), membre du comité, 50 fr. ; Pagnoul, membre du comité, 40 fr. ; Passy (L.), membre du comité, 50 fr. ; Prillieux, membre du comité, 50 fr. ; Raulin, membre du comité, 50 fr. ; Reiset, membre du comité, 100 fr. ; Sanson, membre du comité, 20 fr. ; Troost, membre du comité, 50 fr. ; *Journal de l'Agriculture*, 100 fr. ; *Journal d'Agriculture pratique*, 100 fr. ; Gauthier-Villars, imprimeur-éditeur, 50 fr. ; Henry et Albert Gauthier-Villars, 50 fr. ; Comité de la classe 73 *bis* à l'Exposition universelle, 50 fr. ; Comité de la classe 49 à l'Exposition universelle, 100 fr. ; Comité du groupe VII à l'Exposition universelle, 100 fr. ; Comité de la classe 75 à l'Exposition universelle, 100 fr ; Masson (G.), libraire-éditeur, 10 fr. ; Heuzé (G.), membre de la Société nationale d'Agriculture, 20 fr. ; François Bernard, 40 fr. ; H. Gobin, 10 fr. ; Barthélemy Saint-Hilaire, membre de l'Institut, 10 fr ; Chambrelent, membre de la Société nationale d'Agriculture, 100 fr. — Total de la 1re liste, 3,020 francs.

Conseil général des Sociétés médicales d'Arrondissement de la Seine.

Ordre du jour voté dans la séance du 14 mars : 1° Le Conseil, après avoir entendu le Dr Chassaing, au sujet des considérants qui accompagnent sa proposition déposée au Conseil municipal, relativement aux médecins de quartier, est heureux de constater qu'il n'est jamais entré dans l'esprit de son auteur de jeter le discrédit sur les confrères de quartier ; 2° Le Conseil est d'avis avec M. Chassaing qu'il y a lieu de chercher les voies et moyens pour améliorer la situation des médecins de quartier ; 3° Le Conseil, tout en appuyant la création d'ambulances ou d'hôpitaux d'arrondissement, ne croit pas que le projet du Dr Chassaing remplira le but poursuivi par son auteur. *Le Secr. gén.*, PHILBERT.

Rixe sanglante.

« Chambéry, 8 mars. — Ces jours derniers, une rixe a ensanglanté l'orphelinat tenu par le père Joseph, à Douvaine. Deux pensionnaires s'étant pris de querelle, l'un d'eux a saisi un couteau et l'a plongé deux fois dans le ventre de son adversaire. L'état du blessé est désespéré. Le meurtrier a été arrêté et transféré à la maison d'arrêt de Douvaine. Le parquet de Thonon s'est transporté sur les lieux. » — Nous reproduisons, d'après le journaux politiques, ce fait divers, nous bornant à faire remarquer que, si ce fait s'était produit dans un établissement laïque, on se serait livré aux critiques les plus sévères.

Rapport sur le projet de revision de la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), sur l'exercice de la Médecine (*suite*); présenté au nom d'une commission composée de : MM. Brouardel, *président* ; Bergeron, Bourneville, Chatin, Cornil, Paul Dupré, Gavarret, Grancher, A.-J. Martin, Monod, Nicolas, Proust et Regnault ; par M. P. Brouardel, *rapporteur*.

Votre rapporteur avait essayé d'établir que ces déclarations étaient compatibles avec le respect du secret professionnel. Résumant la question il vous disait :

D'une part, les membres du Conseil général de Seine et-Marne demandent que la déclaration des maladies épidémiques soit obligatoire pour les médecins. D'autre part, l'organisation du service de statistique est mise en échec, parce que quelques médecins invoquent l'obligation imposée par l'article 378 du Code pénal pour refuser d'indiquer la cause de la mort de leurs malades.

Cet article ne serait applicable que si les faits révélés par le médecin rentraient dans les deux groupes suivants : faits confiés sous le sceau du secret, faits secrets par nature.

Peut-on synthétiser les caractères propres à ces deux catégories de faits, ou préciser ce qui les constitue dans la majorité des cas ? Pour nous, il y a trois éléments principaux constitutifs du secret médical : nous ne disons pas qu'ils sont les seuls, mais ils sont essentiels par eux-mêmes. Ce sont :

1° La nature de la maladie, les affections vénériennes, appelées *honteuses* ou *secrètes* dans le langage populaire, puis toutes les maladies réputées héréditaires ;

2° L'avenir, le pronostic de la maladie, constitue le second élément du secret. Dans une maladie en évolution, ce n'est pas seulement sa nature qui constitue le secret, c'est son pronostic. Révéler qu'un homme est cardiaque, diabétique, albuminurique, c'est indiquer la probabilité d'une échéance fatale plus ou moins éloignée. La maladie peut avoir des rémissions très prolongées ; c'est presque interdire au malade d'en profiter dans ses intérêts d'ambition ou d'argent que d'avertir le public que l'avenir lui est dès maintenant limité dans une parcimonieuse mesure ;

3° Enfin, il est des circonstances de fait faisant un secret d'une maladie ou d'un accident qui, dans des conditions différentes, pourraient être librement divulgués. Une blessure par un coup d'épée ou un coup de feu n'est pas, par sa nature, de la catégorie des affections secrètes ; mais, si elle a été reçue dans un duel clandestin (affaire Saint-Pair), dans une insurrection (réponse de Dupuytren, 6 juin 1832), elle peut le devenir. Il en est de même d'une mort subite survenue dans une maison mal famée, etc.

Ces éléments constitutifs du secret ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques. Il n'y a pas secret confié ou chose secrète par nature pour le plus grand nombre de maladies épidémiques et contagieuses ; pour d'autres, au contraire, le secret s'impose.

La magistrature pas plus que les familles n'ont jamais attribué à ces maladies le caractère de secret visé par l'article 378 du Code pénal.

Nous acceptons donc sans restriction la proposition formulée par la commission de la Chambre. Cette nécessité a d'ailleurs été reconnue. En Angleterre un *act* récent (30 août 1889) contient les prescriptions suivantes :

Act *sur la déclaration des maladies infectieuses aux autorités locales*

2 Etendue. — Cet *act* sera étendu :

a) Au district de Londres, après un délai de deux mois ;

b) A tous les districts urbains, ruraux ou ports, après son adoption.

. . . .

3. — a) Le chef de la famille à laquelle appartient le malade, ou à son défaut le plus proche parent du malade présent dans le bâtiment ou assistant le malade, et, à défaut, toute personne ayant la charge ou le soin du malade, et, à défaut, toute personne employée dans le bâtiment doit, aussitôt qu'une maladie infectieuse prévue dans l'act est soupçonnée, prévenir l'officier de santé du district.

b) Tout médecin praticien qui reconnaîtra chez un malade l'une des maladies prévues dans l'act enverra à l'officier de santé du district un certificat mentionnant le nom du malade, la situation du bâtiment et le nom de la maladie constatée.

6. — Dans cet *act*, l'expression « maladies infectieuses » auxquelles l'*act* s'applique, comprend les maladies suivantes : variole, choléra, diphtérie, croup membraneux, érysipèle, les maladies dites scarlatines ou *scarlet fever*, et les fièvres désignées par l'un des noms suivants : typhus, typhoïde, entérique, relapse, continue ou puerpérale.

7. — Les autorités locales de chaque district auquel s'étend cet *act* peuvent ordonner, sous certaines conditions, que la définition des maladies infectieuses soit étendue à des maladies spéciales non mentionnées dans cet *act*.

15. — Aucune de ces prescriptions n'est applicable aux bâtiments, vaisseaux, bateaux, tentes... où constructions quelconques appartenant à S. M. la Reine ou loués par elle.

Votre commission ne vous propose pas d'accepter ce dernier article ou d'en formuler un analogue. Le code sanitaire de la ville de New-York, édicté en 1874, contient des dispositions du même genre :

Art. 131. — Tout médecin devra signaler au bureau sanitaire, par écrit, toute personne ayant une maladie contagieuse (et le diagnostic de la maladie de cet homme ou de cette femme, et le lieu d'habitation, et le nom de lui ou d'elle, s'il les connaît), ce que lui, docteur, a prescrit, ordonné en premier lieu, dès le début d'une telle maladie contagieuse, à un moment quelconque des 24 heures précédentes...

Art. 132. — Le devoir de tout médecin pratiquant dans la ville de New-York sera de signaler par écrit au bureau de santé le décès de quelqu'un de ses clients ayant succombé dans ladite ville à une affection infectieuse ou contagieuse dans le délai de 24 heures et de mentionner, dans un tel rapport, le nom spécifique et le caractère de la maladie (*Etude sur l'Administration sanitaire civile à l'étranger*, par A.-J. Martin, p. 710-711).

M. Martin ajoute :

Aux Etats-Unis, le nombre s'accroît chaque jour des villes qui imposent sous peine d'amende aux médecins ou aux logeurs la déclaration à l'autorité de tous cas de maladie infectieuse. L'amende, en cas de négligence dans la déclaration, est de 250 fr. à New-York, 500 à 1,150 fr. à Milwankee, 1,000 fr. à Brooklin (ou bien 30 jours de prison, ou les deux à la fois).

L'article 18 vise les rapports des médecins avec la justice et les administrations hospitalières. Nous demandons seulement que les fonctions d'experts et de médecins des hôpitaux ne puissent être confiées qu'à des docteurs.

Dans le projet soumis à la Chambre, il est dit que tout médecin, lorsqu'il est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas de *flagrant délit*. Or, c'est précisément sur la définition du mot flagrant délit qu'il est impossible de s'entendre. Les tribunaux l'interprètent bien diversement, et il suffit de lire les différents arrêts de la Cour de cassation pour voir qu'aucune définition n'est acceptée actuellement.

Nous préférons laisser régler cette question, avec les détails qu'elle comporte, par la loi soumise au parlement sur la réforme du code d'instruction criminelle.

La cause du dissentiment qui existe entre la magistrature et le corps médical ne réside pas seulement dans le tarif si exigu qui règle les honoraires des experts. Celle-ci est réelle, mais elle n'est pas la seule : il en est une autre d'un ordre plus élevé.

Les magistrats pensent qu'un docteur en médecine est encyclopédiste et que tous sont capables, s'ils le veulent, de donner utilement leur concours à la justice. Le médecin qui ne s'est pas livré spécialement à cet ordre de travaux a conscience que, au cours de l'instruction, peuvent surgir bien des questions sur lesquelles il est insuffisamment éclairé. Il sent qu'il peut s'égarer à égarer la justice. Il sait qu'après avoir consacré une journée à un travail des plus pénibles, après avoir rédigé un rapport, il sera obligé d'aller aux assises dépenser son temps, souvent s'exposer aux discussions passionnées de la défense qui étalera au grand jour les lacunes réelles ou supposées de l'enquête médico-légale. Il a conscience, souvent l'expérience le lui a démontré, qu'il sortira des débats amoindri, à tort ou à raison dans l'opinion publique. Or, la loi ne lui permet pas

de refuser un concours compromettant pour lui, parfois pour les intérêts qui lui sont confiés. Il hésite, fait son possible pour se récuser. La loi ne peut inscrire un article dont le principe consacrerait une obligation contraire à la conscience du médecin et aux intérêts de la justice. Qu'on me permette une comparaison un peu vulgaire. A l'orchestre de l'Opéra tout le monde est musicien ; viendra-t-il à l'idée de quelqu'un de faire remplacer le premier violon par le plus habile flûtiste? Tous les docteurs savent un peu de médecine légale, mais c'est une erreur de croire que tous soient capables de résoudre les difficultés qui se présentent dans les cas en apparence les plus simples. *(A suivre).*

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 24. —Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes.—(2e *Série*): MM.Pinard, Jalaguier, Ricard.— (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Déjerine, Letulle. — (2e *Série*) : MM. Straus, Rendu, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Chauffard, Marie.

MARDI 25. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Nélaton, Poirier.— 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Polaillon, Maigrier. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Hanot. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Proust, Duguet, Gilbert.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Campenon, Bar. — (2e *Série*) : MM.Tarnier, Schwartz, Brun.—(2e partie) : MM. Peter, Quinquaud, Ballet.

MERCREDI 26. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Kirmisson, Remy. — 2e de *Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Pinard, Segond, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Ribemont-Dessaignes, Reynier. — (2e partie) : MM. Straus, A. Robin, Déjerine. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Potain, Chauffard, Netter, Hayem, Rendu, Marie.

JEUDI 27. — Dissection : MM. Lefort, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Ballet.

VENDREDI 28. — Dissection : MM. Farabeuf, Reynier, Poirier. 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Marc Sée, Ricard, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Marie, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Kirmisson, Jalaguier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Chantemesse, Netter. (2e *Série*) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Fournier, Rendu, Déjerine,

SAMEDI 29. — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Campenon, Nélaton. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Duguet, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Schwartz, Bar. — (2e partie) : MM. Cornil, Ballet, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 26. — M. Gieseler. Traitement des fibromes utérins par l'électricité. — M. Pellissier-Vasiliu. Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques). — M. Bureau. Traitement chirurgical des pyonéphroses. — M. Greiwer. Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse. — Mlle Krikus. La mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. — *Jeudi* 27. M. Delaunay. Claudication intermittente d'origine vasculaire. — M. Athanassio. Des troubles trophiques dans l'hystérie.— M. Malaviale. Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique. — M. Lagain. Traitement de la péritonite aiguë par l'opium. — M. Legry. Le foie dans la fièvre typhoïde. — M. Albot. De la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques. — M. Godart. L'enseignement pratique de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. — M. Chaillous. De l'hémorrhagie dans la macula.— M. Mascarel. Traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tuberculeuse. — M. Wacquez. Les tumeurs végétantes de l'ovaire. — M. Laskine. Essai critique sur la version bipolaire. — M. Destarac. De la persistance de l'hymen dans la grossesse et de son importance au point de vue obstétrical et médico-légal. — M. Chaigneau. Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels. — M. Sandras. Contribution à l'étude de l'albuminurie cardiaque et de sa valeur pronostique, — M. Surer. De l'hématocèle intrapéritonéale spontanée chez la femme.

Enseignement médical libre.

Cours à l'usage des médecins aides-majors de la réserve et de l'armée territoriale. — Nous rappelons à nos lecteurs que le cours du Dr BOULOUMIÉ, sur les matières inscrites au programme de l'examen pour l'obtention du grade de médecin-major, a commencé le 17 *mars*, à 4 *heures* 1/2, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, Chaussée d'Antin, et y est continué tous les *lundis et vendredis*, à la même heure. Le cours peut être suivi par les jeunes médecins aspirant au grade de médecin aide-major de 2e classe et par MM. les étudiants aspirant au grade de médecin auxiliaire.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 mars 1890 au samedi 15 mars 1890, les naissances ont été au nombre de 1184 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 402 ; illégitimes, 166, Total, 562. — *Sexe féminin :* légitimes, 463 ; illégitimes, 159, Total, 622.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 mars 1890 au samedi 15 mars 1890, les décès ont été au nombre de 1185 savoir : 622 hommes et 563 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2. T. 7. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 14, F. 11, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 5, T. 6. — Coqueluche : M. 7, F. 12. T. 19. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 23, T. 44.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 153, F. 83, T. 236. — Autres tuberculoses : M. 17. F. 11. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 19, F. 34. T. 53.— Tumeurs malignes : M. 1, F. 6. T. 7. — Méningite simple : M. 23, F. 15, T. 38. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 15, T. 38. — Paralysie : M. 7, F. 6 T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 22, F. 47, T. 69. — Maladies organiques du cœur : M. 7, F. 2. T. 9. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 21. T. 41. — Bronchite chronique : M. 29, F. 25. T. 54. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 28. T. 41. — Pneumonie : M. 43. F. 43. T. 86. — Gastro-entérite, biberon, M. 19, F. 11. T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 7. T. 16, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2. T. 4.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 10, T. 22. —Sénilité : M. 4, F. 28. T. 32. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17.— Autres morts violentes : M. 5. F. 4. T. 9. — Autres causes de mort : M. 125. F. 91. T. 216. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 4, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 18. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 12. Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. GUYON, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies des voies urinaires, clinique créée par la transformation d'une des chaires de pathologie externe.— M. DEBOVE, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Andral, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

Travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le mardi 15 avril 1890 et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de une à trois heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de seconde année (Les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux). MM. les Etudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Exercices préparatoires sous la direction de M. POIRIER, chef des travaux anatomiques. — M. le Dr VILLEMIN, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le lundi 17 mars 1890, à 1 heure précise, pavillon no 3.

Nominations. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD (André-Jean-François), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef-adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Chaffard, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. GAUDIER (Henri-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour une période de deux ans, aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en

remplacement de M. Fromont, démissionnaire. — M. WANNEBROUCK, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, démissionnaire, est nommé doyen honoraire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. GARROS (Pierre-Félix), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Gasselin, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Un congé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé à M. Charbonnel-Salle, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. BOLOT, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon, est chargé, en outre, pendant la durée du congé accordé à M. Charbonnel-Salle, d'un cours de physiologie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira, le 6 novembre, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Université de Prague.* — De Prague on annonce que tous les professeurs vieux-tchèques de l'Université de cette ville viennent de recevoir par la poste des plis contenant des pamphlets qui les avertissent que la jeunesse universitaire tchèque ne se laissera ni intimider, ni troubler dans ses convictions et ses aspirations par la prison, ni par les rigueurs dont la police pourra user à son égard.

U. de Lisbonne. — De nombreux étudiants de Lisbonne se sont réunis la semaine dernière à l'école de médecine pour recevoir les délégations de leurs camarades d'Oporto et de Coimbre. Ces délégations se sont rendues au Palais royal pour prier le roi de retirer l'*exequatur* au consul d'Angleterre à Oporto. Pendant ce temps des groupes d'étudiants ont stationné dans le plus grand calme devant le palais.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — *Prix Civiale.* —Un nouveau Concours est ouvert entre les Internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le Dr CIVIALE, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1890, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. — Le lundi 19 mai 1890, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, nº 3, un concours pour les prix à décerner aux Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les Internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 21 avril au lundi 5 mai inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie : Programme des cours de la saison d'été. — 1º *Cours de médecine opératoire :* MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Cours de médecine opératoire commenceront le lundi 14 avril 1890, à 4 heures. — 2º *Conférences d'histologie :* Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Elèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les Elèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 7 avril.

Concours pour le Bureau central en Chirurgie. — Le jury définitif se compose de MM. Monod, Berger, Guyon, Richelot, Péan, Tarnier et Audhoui.

Subvention de la ville aux Laboratoires. — Sur la proposition de M. Strauss, le Conseil municipal vient de voter l'allocation d'une subvention de 1.500 fr. au laboratoire de M. Lancereaux, à l'hopital de la Pitié.

Un bal à la Salpêtrière. — Un bal paré a été offert le soir de la Mi-Carême, aux malades soignées à l'hospice de la Salpêtrière. Il a été très réussi. Les frères Lionnet y donnaient, d'ailleurs, leur bienveillant concours.

ABUS DE LA MORPHINE DANS LES PAYS CHAUDS. — Un de nos amis du Vénézuéla (partie Sud où il fait très chaud, environs de Ciudad-Bolivar) nous écrit : « En ce pays, nos médecins et notre curé souffrent beaucoup des nerfs (?). Ils ont recours aux injections de morphine pour calmer leur état nerveux ; ils se font de de 10 à 20 injections de morphine par jour en moyenne ». On voit qu'il n'y a pas qu'en Europe que les pratiques du morphinisme sont en vigueur.

ASPHYXIE PAR LES POÊLES MOBILES. — Mme veuve L..., rue Perronnet, 2, est morte à la suite d'un accident causé par un poêle mobile. Il y a déjà huit jours, cette dame s'était déjà réveillé au milieu de la nuit sous l'influence de terribles maux de tête. Bien que le poêle d'où s'exhalaient les émanations pernicieuses fût situé dans une pièce voisine, l'asphyxie avait déjà commencé son œuvre, lorsque Mme L... a appelé à son secours. Malgré les soins les plus empressés, elle est morte sans avoir repris connaissance.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES AMÉRICAINS. — Ce Congrès aura lieu le 10 juin 1890, à Niagara Falls, New-York, sous la présidence de M. Godding, directeur de l'asile de Washington.

DIXIÈME CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL, Berlin. 1890. — *Invitation à participer aux travaux de la section de Névrologie et de Psychiatrie.* — Conformément à la décision prise à Washington par le neuvième Congrès, les soussignés ont été désignés par les délégués des Facultés de médecine et des principales Sociétés médicales de l'empire allemand, comme membres d'un comité d'organisation pour la section. C'est en cette qualité que nous avons l'honneur de vous inviter à bien vouloir prendre part aux travaux de notre section. Ce sera pour nous un plaisir et un honneur tout particuliers de pouvoir saluer chez nous, en aussi grand nombre que possible, nos honorés confrères. Nous vous communiquons ci-contre le programme provisoirement fixé des travaux de la section, et nous vous prions de nous informer le plus tôt possible des propositions, communications ou démonstrations que vous désirez faire. *Le Comité d'organisation de la Section de Névrologie et Psychiatrie :* Binswanger-Jena, Emminghaus-Freiburg, Erb-Heidelberg, Flechsig-Leipzig, Fürstner-Heidelberg, Grashey-München, Hitzig-Halle, Jolly-Strassburg, Laehr-Berlin-Zehlendorf. — On est prié de s'adresser au docteur Laehr-Berlin-Zehlendorf, pour tout ce qui concerne spécialement la section ; et au bureau du docteur Lassar, secrétaire général, Berlin NW., Karlstrasse 19, pour ce qui concerne le Congrès en général.

Programme provisoire de la section de Névrologie et Psychiatrie : 1º La chirurgie du système nerveux central. Rapporteur, M. le Dr Vict. Horsley, prof., de Londres ; 2º Les neuroses traumatiques. Rapporteur, M. le Dr Schultze, prof., de Bonn ; 3º L'anatomie pathologique de la Dementia paralytica. Rapporteur, M. le Dr Mendel, prof., de Berlin.

EPIDÉMIES. — *Fièvre jaune.* — Une épidémie de fièvre jaune s'est déclarée dans la ville de Campinas, province de Sao-Paulo. Elle ne cause pas jusqu'à présent de grands ravages et on espère qu'elle restera localisée. — A Vera-Cruz, la mortalité annuelle, par fièvre jaune, a diminué dans des proportions très considérables depuis 3 ou 4 ans. Elle a attribuée aux dessèchements des marais environnants, aux travaux d'assainissement réalisés et aux précautions hygiéniques.

HYGIÈNE ET QUARANTAINE. — *Fièvre jaune en Europe.* — On écrit de Cadix que la quarantaine qui a été imposée au vapeur *Buenos-Ayres* a été motivée par un cas de fièvre jaune qui s'est produit le 25 février dans les hôpitaux de la Havane.

INFLUENZA. — Elle règne à Buenos-Ayres et aux environs, mais à l'état bénin.

LE CHARBON A ST-DENIS. — Dans la dernière session du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine il a été donné lecture du rapport fait par le Dr Le Roy des Barres sur l'ensemble des cas de *charbon* observés par lui, et sur les essais de désinfection tentés dans une mégisserie de Saint-Denis. Voici les conclusions de ce rapport : La manipulation des produits français (crins et peaux) paraît aujourd'hui moins dangereuse qu'autrefois; les dangers du travail des produits similaires d'importation sont grands ; il est urgent d'appeler de nouveau, sur ce point, l'attention des industriels qui emploient des produits de cette origine, et, en raison des cas nombreux de charbon constatés depuis quelques années, de leur adresser en même temps l'instruction du conseil de salubrité du 7 juillet 1882 ; il y a lieu de poursuivre l'étude de la désinfection des produits étrangers utilisés dans ces industries ; il faut saisir l'occasion du prochain congrès international d'hygiène pour étudier les mesures prophylactiques à arrêter dans l'intérêt respectif des différents pays.

HÔPITAUX DE LÉPREUX. — Un asile pour les lépreux va être construit à Gotomba, au Japon, le nombre des malades étant considérable dans ce pays.

HÔPITAUX. — *Solarium.* — Un des hôpitaux de New-York va être prochainement pourvu d'un solarium, c'est-à-dire d'une vaste serre vitrée munie de sièges, de plantes d'ornement, etc., qui sera établie sur le toit et où les malades pourront, dès que le soleil se montrera, venir se chauffer à ses rayons. Plusieurs médecins américains s'efforcent de faire pénétrer le solarium dans les habitudes des architectes et veulent que chaque maison soit pourvue de cet étage additionnel qui serait partagé en sections dont jouiraient les différents locataires (*Rev. scient.*).

LES FEMMES MÉDECINS. — La Chambre des représentants en Belgique vient de consacrer par un vote le droit pour les femmes d'exercer la médecine et la pharmacie d'une façon générale et sans distinguer, comme le faisait la loi de 1876, entre les diverses branches de l'art de guérir (*Lyon médical*).

MÉDECINS DES LYCÉES. — *Lycée de Versailles.* M. le Dr Védrine, médecin adjoint du lycée de Versailles, est nommé médecin dudit lycée en remplacement de M. le Dr Paris, démissionnaire.— M. le Dr Brechat est nommé médecin adjoint du lycée de Versailles, en remplacement de M. le Dr Védrine, appelé à d'autres fonctions. — *Lycée de Chambéry.* M. le Dr Reymondon est nommé médecin adjoint du lycée de Chambéry (emploi nouveau). — *Lycée de Poitiers.* M. le Dr Jablonski, médecin adjoint du lycée de Poitiers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Robert, décédé. — M. le Dr Chrétien, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé médecin adjoint du lycée de Poitiers, en remplacement de M. le Dr Jablonski appelé à d'autres fonctions.

MISSIONS SCIENTIFIQUES.— La mission confiée à M. le Dr Lucien MORISSE, en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans les bassins du Haut Orénoque et de l'Amazone, est prolongée. — M. DOUMET-ADANSON, président de la commission météorologique de l'Allier, est désigné comme délégué du comité des travaux historiques et scientifiques auprès des membres de la mission scientifique de Tunisie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. ARNAUD, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques audit établissement, en remplacement de M. Chevreul, décédé.

PRIX RIBERI (de 20,000 fr.) — *Exemple de générosité.* — L'Académie royale de Turin vient de décerner pour la première fois le prix Riberi. Le sujet du concours était : *Anatomie et physiologie de l'embryon.* Au nombre des compétiteurs figuraient les professeurs Van Beneden, de Liège ; Preyer, de Iéna, et His, de l'Université de Leipzig. C'est à l'unanimité que le prix a été décerné au professeur His. Dans une lettre de remerciements, l'honorable savant informe l'Académie qu'il abandonne le quart de la somme pour être remise à la disposition de deux jeunes médecins italiens désireux de continuer leurs études scientifiques. Voici, d'après l'*Osservatore*, comment s'exprime le généreux donateur : « L'Académie voudra bien m'accorder la faveur que je viens lui demander. Je compte employer une partie du prix, savoir la somme de 5,000 fr. à l'encouragement des études, qui forme la base de la science médicale. Il me semble qu'un moyen d'atteindre ce but serait de partager ladite somme entre deux jeunes médecins italiens (en premier lieu élèves de votre Université) entrant dans la carrière médicale scientifique, et désireux de travailler pendant un certain temps dans les laboratoires d'anatomie, de physiologie, d'histéologie ou d'embryologie. » Cette lettre est à la louange du professeur His. (*Echo médical de Toulouse*).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — La septième direction du ministère de la guerre vient d'adresser, aux directeurs du service de santé des corps d'armée, une circulaire les invitant à établir une liste des aides-majors de 2e classe de la réserve ou de l'armée territoriale, anciens internes des hôpitaux et ayant fait un stage et qui, par suite, sont dans les conditions voulues pour être inscrits d'office au tableau d'avancement.

THERMOCAUTÈRE. — *Précautions à prendre dans son emploi.* Mme X..., atteinte d'une arthrite, était en traitement depuis quelques jours à l'hopital Beaujon, quand un jour un externe en médecine, s'étant servi d'un thermocautère pour appliquer sur la partie malade des pointes de feu, la ouate que enveloppait la jambe de Mme X... s'enflamma au contact de l'instrument ; la malade, en voulant arracher son pansement, a eu les mains brulées. Le feu s'est, en outre, communiqué à un paquet de ouate préparée pour un nouveau pansement et, ensuite, aux rideaux du lit ; il a fallu de quelques seaux d'eau pour éteindre un commencement d[illegible] Nous rappelons ce fait pour rappeler aux externes des hôpitaux cette vérité, — par trop vraie, — qu'il faut bien se garder de jouer avec le thermocautère, comme ils le font trop souvent, dans les salles et dans le voisinage de substances extrêmement inflammables.

TRANSPORT DES CORPS DES MALADES MORTS D'AFFECTIONS CONTAGIEUSES. — A Breslau on pratique la désinfection des corbillards qui ont servi au transport des cadavres de varioleux, etc. Toute contravention est suivie d'une condamnation à 30 marks d'amende ou à la prison.

THE NURSING RECORD. — Nous sommes informés par l'éditeur que l'édition américaine de ce journal pour les infirmières sera publiée dorénavant par MM. Bromfield and Co, 658, Bradway, New-York. C'est une frappante indication de la grande extension prise par l'enseignement professionnel des infirmières et cela montre combien augmente le nombre des femmes qui adoptent cette profession comme moyen d'existence.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GARNIER-MOUTON, médecin-major au 74e de ligne, à Rouen. M. Garnier-Mouton serait mort victime de son dévouement. Il a voulu conduire lui même à l'hôpital, dans une voiture, un militaire atteint de pneumonie infectieuse et a pris le germe de la maladie qui l'a emporté en quelques jours. M. Garnier-Mouton avait trente-cinq ans et venait de prendre part au concours pour une place de professeur au Val-de-Grâce.— On annonce la mort de M. J. TAVERNIER-BERTRAM. Depuis quarante-deux ans qu'il habitait les Bermudes, M. Bertram avait accumulé une collection considérable des curiosités de ces îles, sous une forme d'échantillons zoologiques, géologiques, etc., et les savants de passage ne manquèrent guère de l'aller visiter. — Le Dr Van HEERSWYNGELS, adjoint des hôpitaux de Bruxelles, élève distingué de l'Université libre. — La Société de médecine de Gand a perdu un de ses membres titulaires, M. le Dr Emmanuel P. NOUILLE, né à Ellezelles, le 4 juillet 1812 et y décédé le 20 janvier 1890. Il avait récemment encore envoyé à la Société une note sur le *traitement de la tuberculose.* — M. le Dr MASSIÉRA (de Nice). — M. le Dr Marino TURCHI, professeur d'hygiène, à Turin. — M. le Dr LEPETIT, ancien médecin de la marine. — M. le Dr VINCENOT (de Paris). — M. le Dr C. H. MICHELS, ancien directeur de l'asile de Bloomingdale, aliéniste américain des plus distingués, écrivain remarqué.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

BACKER (F. DE). — De l'Influenza (son évolution dans l'organisme feminin). Brochure in-8 de 15 pages.

DUPLAY (S.) et RECLUS (P.). — Traité de chirurgie. Vient de paraitre le Tome I par RECLUS, QUENU, BROCA et LÉJARS. Volume in-8 de 900 pages avec 179 gravures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de R[illegible] 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 13. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 MARS 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL TENON. — M. le Dr **CHANTEMESSE**, pr.-agr.

L'infection puerpérale.

SOMMAIRE : Maladie infectieuse générale survenue en dehors de la puerpéralité et provoquée par une plaie utérine : La maladie est due au Streptocoque ; elle s'accompagne de phlegmatia alba dolens, d'arthrite purulente et de suppuration. — Comparaison de ce fait avec ceux qu'on observe dans certaines formes de la fièvre puerpérale légitime. — Exemples de la forme phlébitique de l'infection puerpérale : forme phlébitique simple ; forme phlébitique avec suppuration du caillot ; forme phlébitique avec embolies pulmonaires. — Toutes ces observations mentionnent deux faits principaux : 1° la fièvre deux ou trois jours après l'accouchement, c'est-à-dire après la plaie utérine ; 2° la présence du Streptocoque dans les veines atteintes de phlegmatia. — La période d'incubation de la phlegmatia ou période préphlébitique est caractérisée à son début par de la fièvre. — Autres formes de l'infection puerpérale : la forme légère due au même Streptocoque ; la forme suppurative avec des foyers multiples ou circonscrits. — Mécanisme de la formation de ces foyers. — Les caillots autochtones dans les viscères et les caillots prolongés. — Disparition et atténuation du virus dans les collections purulentes anciennes. — Pronostic qui découle de l'étude microbique. — Forme diphtéroïde de l'infection puerpérale. — Forme septicémique pure.

Messieurs,

La malade que vous avez vue au n° 12 de la salle Béhier n'était ni une nouvelle accouchée ni même une femme enceinte ; elle est morte de fièvre puerpérale.

Ce cas, Messieurs, rapproché d'autres observations de fièvre puerpérale légitime, nous permettra d'étudier ce qu'est le virus de cette maladie, s'il est unique, propre aux accouchés et rien qu'à elles ; quelles sont les réactions qu'il fait naître ; quelle est sa nature et son mode de propagation, et quelles indications thérapeutiques découlent de son étude.

Notre malade avait eu 6 couches antérieures, toutes bonnes. Se croyant de nouveau enceinte parce que l'apparition de ses règles était en retard de quelques jours, elle voulut arrêter sa grossesse, et le 1er septembre 1889, elle introduisit, jusque dans la cavité du col utérin, une longue plume d'oie pointue. L'instrument, poussé avec une certaine violence, pénétra dans le tissu utérin. Une hémorrhagie abondante survint ; le lendemain la malade était mal à l'aise ; le 3e jour elle eut des frissonnements et de la fièvre, et les jours suivants, les frissons survenant irrégulièrement, la fièvre et le mal de tête ne la quittèrent point.

Le 11 septembre, c'est-à-dire dix jours après l'accident primitif, la malade ressentit des douleurs vives dans la jambe gauche qui se mit à enfler ; elle demanda alors à entrer à l'hôpital. Ce jour-là la température atteignit 39°,8. La phlegmatia de la jambe gauche était évidente, le ventre mou, non ballonné, non douloureux.

La malade nous cachant sa tentative d'avortement et affirmant qu'elle n'avait rendu ni caillot de sang ni rien qui ressemblât à un fœtus, nous avons cru que le germe mortifié était encore dans la cavité utérine et qu'il avait été la cause de l'infection puerpérale et de la phlegmatia consécutive. Avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, des lavages intra utérins furent faits. Pendant trois jours la température baissa puis elle s'éleva brusquement à 41 degrés avec un grand frisson. L'irrigation continue intra-utérine avec l'eau naphtolée, suivant la méthode de MM. Pinard et Varnier, fut installée. Mon interne, M. Nageotte, avec un grand dévouement, surveillait jour et nuit le fonctionnement de l'appareil. Cependant la fièvre persistait, coupée de frissons violents ; la malade s'affaiblissait et n'avait plus l'énergie nécessaire pour supporter l'irrigation continue. Sur ma demande, mon collègue et ami M. Chaput voulut bien faire le curettage utérin. La malade étant endormie, l'utérus fut attiré à la vulve et dilaté, sa cavité était vide. Il fut alors curé, bourré de tampons à l'iodoforme. M. Chaput reconnut la présence d'une arthrite suppurée dans le genou gauche. L'articulation ouverte laissa échapper une petite quantité de liquide rougeâtre et quelques fausses membranes épaisses, d'apparence fibrino-purulente. Ce liquide donna une culture pure de streptocoques. Cependant les signes d'infection générale persistèrent et la malade succomba le **7** octobre.

L'autopsie devait nous donner l'explication de l'origine des accidents et des insuccès thérapeutiques. L'utérus était de petit volume ; du bord supérieur à l'extrémité du col il mesurait 7 centimètres, parois comprises ; celles-ci avaient leur épaisseur normale ; la cavité ne contenait pas de pus, on ne voyait nulle part trace de la présence d'un fœtus; les trompes, les ovaires étaient sains. Dans l'épaisseur de la paroi utérine au niveau du col, on découvrait une cavité du volume d'une petite noisette, dont les parois déchiquetées contenaient du sang et un liquide séro-purulent. Ce petit abcès intra-pariétal communiquait d'une part avec la surface du col par un petit trajet qu'avait formé la pointe de la plume d'oie, et d'autre part avec la grande cavité utérine par une autre voie que le pus s'était frayée. Immédiatement au voisinage de l'abcès intra-pariétal, les réseaux veineux du ligament latéral gauche étaient remplis de sang coagulé, simulant une injection artificielle. Ces phlébites oblitérantes s'étendaient sur toute la longueur du ligament et permettaient facilement de comprendre la propagation des thrombus et de la phlegmatia. Une de ces veinules atteinte de suppuration s'était ouverte et le pus avait infiltré peu à peu les parties voisines. Il avait cheminé dans l'épaisseur de la paroi vésicale en remontant presque jusqu'au sommet de l'organe ; il s'était étendu dans la fosse ischio-rectale jusque vers la fesse et la région postérieure de la cuisse. Les veines thrombosées du ligament large contenaient des chaînettes de microcoques dans l'épaisseur des caillots cruoriques et plus particulièrement au contact immédiat et dans l'épaisseur de la tunique interne. Le microbe qui existait à l'état de pureté dans le sang, dans le pus et dans les fausses membranes des articulations, était le Streptocoque pyogène.

Je vous ai dit, Messieurs, au début de cette leçon, que notre malade avait succombé à une maladie que l'on a nommée autrefois *Fièvre puerpérale* ; je veux légitimer ce diagnostic.

Le tableau précédent se retrouve, en effet, trait pour trait, dans une variété ou forme phlébitique de l'infection puerpérale la plus ordinaire. Une coagulation du sang se produit dans les veines utérines et péri-utérines, et cet acte effectué, tout va découler de là. Une adjonction de couches sanguines coagulées qui s'étendent peu à peu jusqu'aux veines des membres inférieurs va constituer la phlegmatia. Tantôt la coagulation se fragmente et des embolies sont lancées dans l'artère pulmonaire plus ou moins volumineuses, plus ou moins septiques, tantôt le caillot suppure sur place, comme dans l'observation précédente. Deux malades que nous avons observées ensemble nous ont présenté les autres variétés cliniques de la forme phlébitique.

OBS. — La nommée H..., après une hémorrhagie utérine, accouchait d'un enfant mort-né à l'hôpital Tenon. L'hémorrhagie continuant, la sage-femme du service débarrassa l'utérus des caillots qu'il contenait.

Le 2ᵉ jour après l'accouchement, H... accusa quelques douleurs légères dans le bas-ventre. La température, normale le matin, s'éleva le soir à 38°,8 et la malade eut un petit frissonnement.

Le lendemain, 3ᵉ jour, frissons le soir avec 39°,6. Lochies peu abondantes et inodores. Injections intra-utérines au sublimé, puis à l'acide phénique, qui ont pour résultat d'abaisser la température et de la maintenir pendant les trois jours suivants, 10, 11 et 12 février, entre 37° et 37°,8. Les injections sont supprimées.

Le 13 février, le thermomètre indique, le soir, 38°5.

Le 14 février, la température s'élève brusquement à 39°,6 et la malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine. Les jours suivants, la dyspnée et la fièvre persistent, sans nouveaux frissons.

Dans la nuit du 17 au 18 février, la dyspnée devient très forte, le pouls est petit et lent ; deux syncopes se produisent. Le 20 février, H... est transférée dans le service de M. Letulle, qui constate l'existence d'embolies pulmonaires et diagnostique une phlegmatia alba dolens dans le membre inférieur droit. Peu à peu, la fièvre s'abaisse pour présenter, de temps en temps, des exacerbations accompagnées de frissons. Alors surviennent de nouveaux incidents, un phlegmon dans la région du ligament large, des crises dyspnéiques dues à de nouvelles embolies pulmonaires, la phlegmatia qui gagne le membre inférieur gauche. Au mois d'avril, l'état général de la malade était devenu satisfaisant, mais l'œdème blanc des membres inférieurs persistait encore. La malade a fini par guérir.

OBS. — Cette autre femme que vous avez vue dans le service de M. Landouzy a accouché le 5 mars. Trois jours après elle a souffert, nous dit-elle, de la fièvre avec mal de tête et soif vive. Le 12ᵉ jour elle a eu une phlegmatia de la jambe droite et plus tard du membre inférieur gauche. Elle est entrée à l'hôpital Tenon pour ce dernier accident, qui s'accompagnait de fièvre et d'écoulement utérin, Dans le liquide purulent qui s'échappait du col, j'ai trouvé presque à l'état de pureté le streptocoque pyogène.

Ainsi, chez ces 3 femmes, vous avez vu survenir des phlébites qui ont eu des fortunes diverses, mais qui ont été précédées par le même accident et provoquées par la même cause. L'accident clinique était la fièvre après une plaie utérine et la cause était la végétation du streptocoque dans la cavité des veines utérines.

Dans notre première observation, le Streptocoque infiltrait le caillot et la membrane interne des veines utérines et péri-utérines ; mais, avant ce fait, M. Widal (1) avait démontré la nature infectieuse de ces phlegmatia puerpérales. Dans son travail remarquable, auquel on fera longtemps des emprunts, M. Widal a établi que la phlegmatia n'arrive jamais avant une période d'incubation comprise entre le 10ᵉ et le 45ᵉ jour et qu'elle est toujours précédée d'un symptôme nécessaire, la fièvre, qui se montre dans les premiers jours après la délivrance. Cette période fébrile préphlébitique avait déjà été reconnue par M. Hervieux et par M. Siredey. La démonstration de M. Widal, qui a trouvé le Streptocoque dans le caillot autochtone des veines utérines, explique l'origine et la nécessité de cette fièvre, puisqu'elle saisit sur le fait la pénétration des microbes dans le sang. La fièvre, ici, n'est que la traduction extérieure d'une culture microbienne ; sa date d'apparition et son intensité sont subordonnées aux conditions qui règlent cette germination, au nombre des microbes, à leur nature, à leur virulence. L'infection de la cavité utérine se faisant d'ordinaire au moment de l'accouchement, ou peu d'heures après, c'est à la fin du second jour, du 3ᵉ, du 4ᵉ ou rarement du 5ᵉ jour qu'apparait la fièvre. Les 3 observations précédentes démontreraient, si cela était nécessaire, la réalité du fait. Dès ce moment, sous l'influence du traitement, la température peut revenir à l'état normal, mais le fait que la fièvre a existé indique qu'il y a eu, à un moment donné, pénétration de microbes dans le sang et par conséquent la menace d'une lésion péri-utérine, d'une phlegmatia en particulier, persiste. — Combien de jours vont s'écouler avant que cette phlegmatia se montre, si elle doit se montrer ? de huit à quarante jours. — Pourquoi une période d'incubation si variable ? Etant donné, comme l'a montré M. Widal, que le caillot primitif dans les veines de l'utérus ou de son voisinage immédiat est seul chargé de microbes, tandis que le caillot prolongé, celui qui fait l'accident anatomique de la phlegmatia, n'en renferme pas, on ne s'explique pas facilement le retard que met quelquefois le caillot prolongé à se former, puisque le caillot primitif prend vraisemblablement naissance dans les premiers jours fébriles des suites de couche. Le fait dépend-il du nombre des veines primitivement thrombosées, de la quantité des germes, de leur virulence ou bien de la vulnérabilité individuelle des malades qu'on a appelé l'idiosyncrasie ? Le problème n'est pas résolu.

Il survient parfois chez les femmes enceintes, dans les derniers mois de leur grossesse, une phlegmatia dont le point de départ n'est pas à l'utérus. Ce sont encore des phlébites microbiennes avec caillot autochtone et caillot prolongé, produites par l'arrêt et la végétation en un point donné de la veine de micro-organismes qui, pour une raison quelconque, avaient pénétré dans le sang. Ces phlegmatia subissent le même sort que les précédentes : résorption ou bien organisation du caillot, ou bien fragmentation et embolies.

De l'histoire des malades atteintes de phlegmatia puerpérale quelques faits se dégagent tout d'abord :

1° C'est qu'on trouve toujours au point où a *commencé* le caillot des microbes dans le sang coagulé et sur la membrane interne de la veine ;

2° C'est qu'il existe toujours une période fébrile préphlébitique ;

3° C'est que la maladie, pour grave qu'elle soit, dure assez longtemps et que la guérison n'est pas rare. Elle est donc une des formes peu virulentes de l'infection puerpérale.

Cette pénétration des germes par les veines utérines n'est pas le seul mode de l'infection chez les accouchées. Quand, pour une des causes que j'essaierai de vous montrer, certains microbes ont pénétré dans la cavité utérine après l'accouchement ou l'avortement, les résultats de leur culture dans ce milieu seront variables ; comme dans toutes les maladies infectieuses, ils dépendront du microbe et du terrain, mais beaucoup plus du premier que du second.

Ils dépendront aussi beaucoup du traitement. La malade, que nous avons vue dans le service de M. Landouzy, salle Bouillaud, n° 10, est un exemple d'une des formes légères de l'infection puerpérale.

OBS. — Enceinte de 4 mois, elle avorta le 30 mars. La sage-femme introduisit les doigts dans la cavité utérine pour faire la délivrance artificielle. Le lendemain l'accouchée eut des frissons, le surlendemain les frissons se répétèrent, accompagnés de douleurs dans le ventre et de vomissements. Elle

(1) P. Widal, 1889. — *Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.*

entra le 2 avril à l'hôpital Tenon. Avec l'aide de l'interne de service, M. Legrand, j'examinai le pus qui s'écoulait de la cavité utérine; il contenait, presqu'à l'état de pureté, le streptocoque pyogène. Le col utérin étant refermé, des injections vaginales furent faites avec de l'eau phéniquée; la fièvre s'abaissa peu à peu et, au bout d'un mois, la température était devenue normale et l'écoulement utérin peu abondant.

Voilà une des formes légères de l'infection puerpérale, forme assez fréquente, surtout après les avortements, qui guérit lentement ou du moins qui s'améliore beaucoup avec le repos et des injections vaginales et qui est cependant causée par la végétation dans la cavité utérine du même microbe que dans les grandes infections. La bénignité relative des accidents peut être attribuée à plusieurs causes, la faible virulence du microbe et les conditions anatomiques qu'il rencontre dans l'utérus. Je vous ai dit que ces formes légères étaient surtout consécutives à l'avortement dans lequel la dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ainsi que la plaie utérine de la délivrance, sont moins grandes que dans un utérus arrivé au terme de la grossesse.

On voit quelquefois après l'accouchement à terme l'infection qui reste légère, c'est-à-dire localisée à la muqueuse utérine, mais l'infection qui se comporte ainsi ne débute pas vers le 1er, 2e et 3e jour après la délivrance, car si elle survenait à ce moment, elle trouverait la muqueuse presque sans épithélium et les sinus utérins béants et elle cesserait d'être légère, parce qu'elle se généraliserait.

A l'autopsie d'une femme qui a succombé peu de jours après le début d'une infection puerpérale, on trouve dans l'utérus et ses annexes des lésions multiples; aucune ne mérite à elle seule de spécifier la maladie. La muqueuse, tapissée d'un enduit noirâtre, grisâtre ou même purulent, renferme un grand nombre de microbes, des collections purulentes peuvent exister dans ses parois, au niveau des tissus veineux ou lymphatiques, dans les trompes, dans le péritoine qui reçoit le pus des trompes ou des lymphatiques, dans le tissu cellulaire du ligament large, dans tous les autres organes. Toutes ces collections ont leur point de départ le plus souvent visible à l'œil nu dans la suppuration de la cavité ou du tissu utérin, mais de même qu'une suppuration utérine peut engendrer une péritonite microbienne purement fibrineuse, des collections purulentes peuvent exister dans le foie, dans le poumon, etc., sans qu'on voie trace de pus dans l'utérus et ses annexes. C'est que toutes ces suppurations ne sont pas toujours comme on le croyait autrefois le résultat d'une embolie septique dûe à la fragmentation du caillot suppuré d'une veine. Elles sont produites sur place dans les viscères par la présence du germe infectieux qui circule dans le sang. Dans une artériole, une veinule, un vaisseau capillaire d'un organe quelconque (foie, poumon, cerveau, rate, etc., une thrombose se fait avec son caillot primitif et son caillot secondaire (Widal). Le caillot primitif contient des microbes comme le caillot primitif des veines utérines, et la suppuration est due à la liquéfaction du caillot par la présence des streptocoques et à leur pénétration dans la tunique du vaisseau et dans le tissu péri-vasculaire.

La forme suppurative de l'infection puerpérale ne comporte pas toujours, comme on pourrait le croire, un pronostic fatal; elle est variable dans sa gravité comme dans ses localisations. Tantôt c'est l'infection purulente aiguë qui se traduit par des petits abcès métastatiques ou par la suppuration d'une grande séreuse, plèvre ou péritoine, et tantôt une pyohémie lente. Ce dernier cas peut aboutir à la mort, mais il peut aboutir aussi à une guérison complète; l'infection sanguine disparaît peu à peu et il ne reste plus qu'un ou deux foyers qui conservent la marque de la maladie originelle. Ces foyers peuvent siéger en un point quelconque du corps; ils sont particulièrement localisés dans une poche péritonéale ou dans la plèvre. M. Widal a bien étudié cette forme d'empyème, qui guérit par de simples ponctions et qui doit ainsi guérir parce que le pus ne contient presque plus de microbes et que, lorsqu'on l'inocule aux animaux, il n'est plus virulent. Il y a dans cette observation de Widal matière à indications pronostiques précieuses pour le traitement des pleurésies purulentes.

Les deux formes de l'infection puerpérale dont je viens de vous parler, formes phlébitique et suppurative qui peuvent s'observer à l'état isolé ou combinées, ne résument pas à elles seules les lésions anatomiques; on voit quelquefois l'infection puerpérale provoquée par des fausses membranes utéro-vaginales qui ressemblent à s'y méprendre aux fausses membranes de la diphtérie légitime; on la voit aussi constituée par une septicémie pure et simple sans trace de pus nulle part.

La forme diphtéroïde de l'infection puerpérale est particulièrement intéressante à cause de sa gravité et du point de doctrine que son étude soulève. Elle sévit parfois à l'état épidémique, comme dans l'observation du Dr Lusk, de Washington, qui en a vu 150 cas contagionnés à la même source.

Pour rare que soit cette lésion anatomique de l'infection puerpérale, elle n'est pas exceptionnelle. Chomel et Béhier l'ont vue, M. Hervieux l'a décrite, Baumgarten et Widal ont étudié le microbe qui l'a produit. Mais, tandis que Baumgarten ne voit dans cette lésion qu'un accident de la diphtérie ordinaire, Widal considère qu'elle n'appartient pas à la maladie de Bretonneau et de Trousseau. Je partage l'opinion de M. Widal, mais je reconnais aussi qu'il y a plusieurs espèces microbiennes, au moins deux, comme il y a plusieurs substances chimiques dont l'action sur certains tissus amène une exsudation pseudo-membraneuse.

Dans la forme diphtéroïde de l'infection puerpérale, les fausses membranes siègent dans l'utérus et dans le vagin; on voit encore l'exsudat fibrineux dans la cavité des veines, sur le péritoine, etc., tantôt à l'état de pureté, tantôt accompagné d'une collection purulente dans les parois utérines ou ailleurs. Le pus et les fausses membranes renferment le même microbe, le streptocoque pyogène.

Puisque cette forme diphtéroïde de l'infection puerpérale est capable de se transmettre par contagion en conservant ses caractères, il y a lieu de la soumettre à l'expérimentation sur les animaux en la comparant à la diphtérie vraie, celle qui est suivie de paralysie et qui doit sa cause au Bacille de Klebs, comme l'ont démontré les beaux travaux de Roux et Yersin. En un mot, peut-on voir une malade atteinte de cette forme d'infection puerpérale transmettre aux personnes qui l'entourent des angines et des laryngites pseudo-membraneuses qui ne sont pas la vraie diphtérie, mais qui revêtent son apparence? Cette étude, Messieurs, n'est pas faite; elle sera l'œuvre de demain.

Après les diverses formes que je viens de passer en revue, il me reste à vous signaler une dernière apparence anatomique que revêt l'infection puerpérale: c'est la forme septicémique pure dans laquelle les malades

succombent sans qu'on trouve à l'autopsie ni pus, ni phlébite, ni fausse membrane. La lésion la plus saillante s'observe dans les reins, gros et blancs, et le symptôme terminal consiste le plus souvent dans l'éclampsie fébrile. N'étaient les recherches microbiques, on n'oserait affirmer qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse ni que cette maladie reconnaît pour cause le même agent que celui qui donnait naissance aux formes anatomiques précédentes. Ce fait est cependant démontré aujourd'hui.

M. Tarnier, dès 1857, M. Brouardel, M. Hervieux, Fritsch ont observé des cas de cette espèce dans le cours d'épidémies puerpérales. Le défaut de suppuration ou de toute autre lésion des solides était attribué à la rapidité avec laquelle survenait la terminaison fatale. La maladie durant de quelques heures à quelques jours, on avait estimé cette durée trop courte pour que la suppuration aboutisse. M. Widal a montré que l'absence du pus tenait aux qualités nouvelles qu'avait revêtu le streptocoque et non pas à la brièveté de la maladie. Il a cité des cas de septicémie pure qui avaient duré 15 jours. J'ai moi-même observé en 1886, dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, un cas d'infection puerpérale à forme septicémique pure, malgré la longue durée de la maladie, qui s'est terminée par des crises épileptiformes au bout d'un mois. Cette observation a été recueillie par M. H. Thierry, externe du service.

Observation. — Une jeune femme accouche le 7 mars 1886 La sage-femme qui l'assiste tire sur le cordon et finit par amener un placenta incomplet. Les jours suivants, de petites hémorrhagies surviennent, la malade souffre du ventre et a de la fièvre. Le 18 mars, onze jours après l'accouchement, la malade ayant une assez forte hémorrhagie, entre à l'hôpital Saint-Antoine. La température marquait alors 38.5. On pratiqua le tamponnement vaginal. Les jours suivants, la t° marquait le matin 38°, le soir 39°, et malgré des injections intra-utérines de sublimé au millième, et même l'irrigation continue, qui avaient pour effet d'abaisser la température pendant 24 ou 36 heures, la fièvre s'éleva peu à peu, sans dépasser 39°. L'urine contenait beaucoup d'albumine, des microbes en chaînette, et le 5 avril la malade succomba, après deux attaques épileptiformes.

Il s'agissait évidemment d'une infection puerpérale qui avait duré un mois, puisqu'à son entrée à l'hôpital la malade avait déjà une t° de 38.5.

A l'autopsie je n'ai trouvé, à l'œil nu, trace de pus nulle part, ni dans l'utérus, ni dans les annexes, ni dans les autres organes. La cavité utérine renfermait un fragment de placenta, gros comme une noix, adhérant à la muqueuse. Les reins étaient gros et blancs, avec des infarctus; le foie, de teinte feuille-morte, et les ventricules du cerveau dilatés par un épanchement de liquide séreux.

En l'absence de toute suppuration, après un mois de maladie, on aurait pu croire que les accidents ne devaient pas être rattachés à une infection puerpérale, et cependant une recherche plus attentive montrait que les lésions des reins, de la rate, etc., renfermaient, à l'état de pureté, le streptocoque pyogène. Les symptômes ultimes devaient être mis sur le compte de l'œdème cérébral, mais cet œdème n'était lui-même que le résultat d'une intoxication complexe favorisée par la néphrite microbienne. *(A suivre)*.

Un marchand de diplômes scientifiques — Un industriel de Berlin faisant le commerce de décorations et de titres, en relation avec des universités étrangères, a réussi à faire donner à des écrivains et à des savants allemands le titre de docteur de telle ou telle université. L'affaire sera jugée prochainement. On s'attend à de piquantes révélations.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr **TERRILLON**.

Rétrécissement cicatriciel infranchissable de la partie inférieure de l'œsophage. — Gastrostomie. — Alimentation par la fistule pendant huit mois. — Dilatation consécutive du retrécissement avec rétablissement de la perméabilité de l'œsophage. — Suture et obturation presque complète de la fistule. — Le malade retrouve son alimentation normale.

J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois la gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 18 ans qui avait avalé par mégarde une gorgée d'eau de Javel, le 15 juin 1886. Bientôt se développèrent tous les symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage, qui devint infranchissable vers la fin de décembre 1886.

L'enfant fut amené à Paris le 3 janvier 1889. Le rétrécissement ne put être franchi; depuis quatre jours, pas une goutte de liquide n'avait pu être avalée. Je fis la gastrostomie, qui réussit parfaitement, et l'enfant put s'alimenter au moyen d'une sonde en caoutchouc introduite par l'orifice stomacal.

Malheureusement, ce jeune homme se livra à des excès alcooliques, il introduisait par sa fistule des quantités considérables d'alcool pour se procurer l'ébriété alcoolique. Bientôt se déclarèrent des signes de tuberculisation pulmonaire et le malade mourut 18 mois après l'opération.

Les tentatives souvent répétées pour franchir l'obstacle échouèrent toujours, ce qui fait supposer que ce rétrécissement cicatriciel très étendu et occupant la partie inférieure de l'œsophage était très étroit et absolument imperméable.

2° La seconde observation que je donne en détail montre qu'un rétrécissement cicatriciel de la partie inférieure de l'œsophage, succédant probablement à un ulcère simple de cette partie de l'organe, peut être infranchissable pendant quelque temps, sans que sa perméabilité soit à jamais perdue. L'élément spasmodique joua probablement alors un rôle important dans la difficulté qu'on éprouvait pour pratiquer le cathétérisme.

Cette observation prouve aussi qu'on peut, grâce à la gastrostomie, entretenir pendant plusieurs mois la vie du malade en le nourrissant par cette voie artificielle. Pendant ce temps, le spasme cesse, on peut alors franchir l'obstacle, le dilater par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'emploi des bougies coniques et graduées.

Enfin, l'obturation de la plaie stomacale et de la fistule gastrique peut rendre au malade la vie normale et le mode d'alimentation ordinaire.

M. X..., âgé de 53 ans, est un homme vigoureux, de tempérament arthritique. Il a souffert depuis plusieurs années de g. stralgies violentes avec dyspepsie tenace, pour laquelle il a, pendant plusieurs années, usé de la morphine, à la dose de 0 gr. 10, à 0 gr. 15 par jour.

Depuis quelques années, il avait dû diminuer la dose de morphine et avait cessé complètement son usage à la fin de 1887. Les accidents du côté de l'œsophage paraissent remonter au mois de septembre (8 septembre 1887). Il eut alors une régurgitation douloureuse d'une certaine quantité de viande déglutie un peu rapidement. Depuis cette époque, le passage

des aliments solides est ou pénible ou difficile et souvent suivi de régurgitation. Ils semblent s'arrêter au niveau du creux de l'estomac.

Le malade renonce alors aux aliments solides, pour ne prendre que des liquides ou demi-liquides, qui passent facilement, jusqu'au 20 décembre 1887. A cette date, il remarque que les liquides passent difficilement, surtout à certains moments; ils séjournent derrière le sternum et descendent ensuite lentement ou sont régurgités ; cet état s'accentue encore vers les premiers jours de janvier. On le sonde plusieurs fois avec succès, mais bientôt la sonde ne peut passer. Alors, son parent, le Dr Bazenet, de Savigny (près Beaune) et le Dr Affre, l'engagent à venir à Paris et me présentent le malade le 5 janvier 1888.

Depuis dix jours, le malade n'a pu avaler que par petites doses environ un litre de lait ou de bouillon ; aussitôt qu'il a dégluti du liquide, il éprouve de la douleur au-dessus du creux épigastrique, et alors surviennent des régurgitations douloureuses et pénibles. Pendant trois jours, toutes les tentatives que je fais pour franchir l'obstacle qui existe manifestement au niveau du cardia échouent complètement. Les olives, les bougies uréthrales du plus petit numéro, contenant du plomb dans leur intérieur et munies d'une tige, la sonde de MM. Collin et Verneuil, dont l'extrémité est fixe, tous ces instruments s'engagent un peu dans le rétrécissemnt, mais ne peuvent pénétrer dans l'estomac.

Plusieurs fois après ces tentatives, je ramène un peu de sang, mais il n'y a jamais d'hémorrhagie. Le malade souffre, il maigrit, s'impatiente et ne peut introduire dans son estomac que quelques grammes d'eau, de temps en temps. Comme il n'est pas cachectique et que je ne constate aucun ganglion apparent, sa respiration thoracique étant irréprochable, je lui propose de faire une ouverture à l'estomac ; il accepte aussitôt.

L'opération eut lieu le 9 février 1888, à 11 heures, avec le concours de M. le Dr Routier et en présence de M. le Dr Baraduc. Le malade est chloroformé. Comme le foie descend assez bas et que la poitrine est très bombée, je fais une incision oblique de 5 ou 6 centimètres, le long du bord des cartilages des côtes gauches, un peu au-dessous de l'appendice syphoïde, à 2 centimètres des côtes. Après avoir sectionné les couches musculaires et ouvert le péritoine avec soin, je constate immédiatement, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision, le bord inférieur du foie. Au milieu de la plaie, je n'aperçois que l'épiploon.

Saisissant ce dernier avec le doigt, je le tire un peu au dehors de la plaie et le confie à mon aide. Le doigt, indroduit dans la plaie, constate bientôt en haut la présence de l'estomac dont le bord inférieur se continue avec l'épiploon. En même temps le doigt explore profondément la surface antérieure de l'estomac et reconnaît qu'elle se prolonge très haut, ce qui fait affirmer qu'il s'agit bien de cet organe. Enfin, l'absence de bandes longitudinales montre que ce n'est pas là le gros intestin. Une traction légère et continue sur l'épiploon attire la grande courbure dans le champ de la plaie. On s'assure encore que c'est bien là la paroi stomacale avec son aspect particulier, lisse et uniforme. Une collerette de suture avec des fils d'argent, passés au moyen du chasse-fil, circonscrivit un espace de la largeur d'une pièce de un franc sur la surface de l'estomac. La paroi de cet organe fut ainsi fixée à la paroi abdominale.

Lorsque ces sutures furent bien serrées et qu'il fut démontré que les surfaces péritonéales étaient nettement affrontées, je fis une petite ouverture dans la paroi de l'estomac. Elle donna peu de sang. J'introduisis aussitôt, dans la direction du cardia et de la grosse tubérosité, une sonde en caoutchouc rouge du nº 18; celle-ci donna issue à du liquide gastrique jaunâtre. Elle fut fixée à la paroi abdominale par un fil d'argent.

L'opération avait duré trois quarts d'heure. Le malade n'était pas trop affaibli et se réveilla peu de temps après. Il n'eut pas de nausées, mais se plaignit seulement d'une soif assez vive.

Les *suites de l'opération* furent aussi simples que possible. Il n'y eut aucune réaction péritonéale. Trois heures après, on injecta du bouillon et du lait qui furent facilement digérés. T. le soir, 38°.

10 *février*. — La nuit est bonne. Mais le matin le bandage est souillé et la peau un peu altérée par les liquides sortis de l'estomac qui provoquent une vésication assez étendue du côté gauche. J'installe une grosse éponge devant l'ouverture, en la maintenant par une ceinture fortement serrée.

11 *février*. — T. 37°,5. Les liquides de l'estomac sortent toujours avec violence, quand on enlève l'éponge, et filtrent malgré la pression exercée sur elle. La peau est altérée et l'orifice agrandi. Une grande eschare jaune existe sur la peau.

15 *février*. — Les fils métalliques sont enlevés; la muqueuse de l'estomac fait une légère hernie.

17 *février*. — Essai d'un double ballon, en forme de bouton de chemise, avec canule centrale qui permet le passage des liquides.

24 *février*. — Après plusieurs essais, nous arrivons à posséder un appareil qui fonctionne bien et ne laisse passer aucun liquide. Le malade s'alimente copieusement et la peau altérée est rapidement guérie. L'orifice de l'estomac a, à peu près, le volume du doigt. La muqueuse ne fait pas hernie; tout fonctionne d'une façon parfaite. M. D... est présenté devant l'Académie de médecine, afin de montrer combien il supporte facilement ce nouveau mode d'alimentation. M. le Dr Beaumetz et M. le Pr Gauthier ont, à plusieurs reprises, examiné les liquides de l'estomac sur le malade qui a consenti à se prêter à cette exploration. Toujours ils ont trouvé dans le suc gastrique une quantité notable d'acide chlorhydrique. Ce qui exclue le diagnostic du cancer de l'œsophage.

Le malade part de Paris, le 25 mars, pour retourner à Beaune. Le voyage s'est effectué dans d'excellentes conditions et sans douleur. Un seul inconvénient le tourmente. Cet inconvénient consiste en des crises douloureuses, survenant par intervalles irréguliers, au niveau de la partie inférieure et externe de la plaie. C'est en ce point que la plaie a été agrandie par l'irritation due aux liquides de l'estomac. Cependant il a repris ses forces en grande partie.

Cette observation est, le 12 mai 1888, l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. A cette date, le malade se porte bien et a engraissé d'une façon notable. La seule chose qui le tourmente encore est une sensation de douleur souvent très vive et de cuisson qui existe au-dessous de l'orifice stomacal et qui est probablement due à la pression des ballons sur les bords facilement irrités. Mais comme ce moyen de contention des liquides stomacaux est le seul applicable, et que, sans lui, les liquides irritants corroderaient de nouveau la peau de l'abdomen, je lui conseille de faire tout pour le supporter.

Pendant trois mois, il séjourna dans sa famille, mais toujours tourmenté par des douleurs insupportables qui siégeaient dans l'estomac et succédaient à presque tous les repas. Comme le liquide sortait toujours en assez notable quantité pendant la période de la digestion, la peau de la région voisine de la fistule, surtout du côté externe, était presque toujours ulcérée et devenait le siège de douleurs très vives. Pendant tout ce temps le malade peut se nourrir avec des aliments liquides ou semi-liquides introduits dans l'estomac par la canule à double ballon.

Bientôt, fatigué par ces douleurs et surtout par l'insomnie presque complète qui en résultait, le malade se décida à rentrer à Paris.

Le 5 juin 1888, je constatai que l'orifice s'était légèrement agrandi ; les bords en étaient très irrités et ulcérés; enfin il existait sur la peau de l'abdomen une ulcération étendue due au contact du suc gastrique. Ce liquide était tellement acide que, d'après les conseils de M. le Dr Debove, nous ordonnâmes au malade de prendre chaque jour une grande quantité de bicarbonate de soude (environ 50 grammes) et de la craie préparée (environ 100 grammes), dans le but de neutraliser l'acidité des sucs intestinaux. Le résultat de cette médication se manifesta bientôt ; les douleurs stomacales diminuèrent et l'ulcération entretenue au niveau de la peau eut bientôt une grande tendance vers la cicatrisation.

Pendant cinq jours consécutifs nous renouvelâmes toutes les tentatives pour franchir le rétrécissement qui existait à la partie inférieure de l'œsophage avec les bougies les plus fines et les instruments les plus variés ; mais ce fut sans succès. Aussi je résolus d'aller à la recherche du rétrécissement au

niveau du cardia par la cavité stomacale en profitant de la large fistule que j'avais créée.

Le 10 juin 1888, le malade étant à jeun depuis 48 heures, fut chloroformé et j'introduisis, par l'orifice abdominal de l'estomac, mon doigt à plusieurs reprises, mais sans pouvoir atteindre l'orifice du cardia. Chez cet homme, le thorax très développé et les cartilages costaux très saillants en avant rendaient l'espace compris entre le bord des côtes et la colonne vertébrale tellement étendu que mon doigt ne pouvait atteindre le siège du cardia. Des instruments courbes, métalliques ou en gomme, introduits dans l'estomac, ne purent pénétrer dans cet orifice. La tentative n'avait donc donné aucun résultat.

Enfin, le 20 juin, après des tentatives réitérées, au moyen d'une fine baleine un peu rigide, je pus franchir le rétrécissement. Cette tige fut laissée en place pendant quelques minutes, puis remplacée par une autre qui servit de conducteur. Ce premier essai ayant réussi, nous pûmes, les jours suivants, passer successivement des bougies plus volumineuses sans trop de difficultés. En même temps on administrait au malade des quantités progressives de bicarbonate de soude et de craie préparée, car l'emploi de ces substances, en diminuant considérablement les douleurs, avaient été probablement la cause principale du spasme qui avait pendant si longtemps empêché le passage des instruments explorateurs.

Bientôt le malade, qu'on sondait deux fois par jour, put avaler quelques liquides, et vers le 25 juillet les aliments liquides ou demi-liquides passaient assez facilement pour qu'on pût songer à faire une tentative d'oblitération ou au moins de rétrécissement de la fistule gastrique, celle-ci mesurait environ l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Trois raisons cependant me faisaient hésiter à entreprendre cette opération : la première était l'étendue du tissu cicatriciel qui occupait, surtout du côté externe, le pourtour de la cicatrice ; l'avivement dans ces tissus devant être difficile et imparfait. Une seconde raison venait de la difficulté que j'aurais à rapprocher l'un de l'autre les bords interne et externe de cet orifice ; en effet, la partie de cet orifice qui correspondait aux cartilages costaux était tellement rapprochée de ceux-ci que cette partie de la circonférence de l'orifice ne pouvait être mobilisée. Enfin, je craignais que le suc gastrique si acide et si puissant chez ce malade ne vint, malgré la perfection de la suture, inonder les parties profondes, digérer le tissu avec lequel il serait en contact, tissu non protégé par un épithélium, et fît ainsi échouer cette opération. J'avouerai même qu'on aurait pu évoquer encore une autre raison qui était la crainte de voir plus tard l'orifice cardiaque se rétrécir de nouveau et s'oblitérer, dans ces conditions le malade n'ayant plus de fistule stomacale on aurait été obligé de la rétablir une seconde fois. Cette crainte n'était pas trop chimérique puisqu'une observation publiée à l'étranger nous montre un malade passant par ces différentes péripéties.

Cependant, cédant au désir du malade et au désir également bien légitime de le rendre à la vie normale, je fis, le 6 août 1888, une opération aussi complète que possible.

Un avivement de près de deux centimètres fut pratiqué autour de la fistule ; il allait jusqu'au contact immédiat de la muqueuse. Deux couches de sutures superposées avec le crin de Florence et très rapprochées servirent à réunir et à affronter toutes les surfaces avivées. Malheureusement, du côté externe, près du rebord des côtes, là où les parties molles étaient les moins mobiles, l'affrontement des parties profondes fut très difficile. Un pansement avec la gaze iodoformée et un gros paquet de ouate fut appliqué sur la suture et maintenu par une vigoureuse ceinture qui devait immobiliser autant que possible la paroi thoracique et la région épigastrique.

Après cinq jours, au premier pansement, tout semblait marcher à souhait ; le malade, soumis à une diète sévère et au bicarbonate de soude à haute dose, supportait très bien sa nouvelle situation, mais au huitième jour (deuxième pansement), je vis sortir une gouttelette de liquide au niveau de l'angle externe de la plaie ; il y avait là une petite fistulette.

Les jours suivants cette fistulette s'agrandit au point d'avoir le volume d'un crayon. Elle ne conduisait pas directement sur l'orifice stomacal, mais obliquement. Tout le reste de la suture avait résisté et était en bon état. Pour empêcher l'issue des liquides par cette fistule oblique et à laquelle la paroi extérieure cicatricielle formait pour ainsi dire un opercule, j'eus l'idée d'employer l'artifice suivant : je pris un bandage inguinal que portait le malade, j'appliquai la pelote sur l'orifice protégé au préalable par un peu de ouate mélangée de craie préparée. Le ressort de l'appareil appliqué contre le tronc et passant derrière le dos servait à fixer la pelote. Immédiatement l'écoulement des liquides s'arrêta et un bandage plus doux fabriqué de la même façon remplaça le lendemain ce premier. Cet appareil servit au malade depuis cette époque, ne laissant passer qu'un suintement très léger au moment de la digestion, probablement lorsque l'estomac se contractait avec violence.

Le 1er septembre 1888 le malade retourna chez lui, déjà très satisfait de ce résultat qui lui permettait de s'alimenter par la bouche. Cependant l'irritation produite par le passage du suc gastrique au niveau de la peau, la difficulté de supporter une pelote avec un bandage très serré, l'absence de sommeil causée par ces inconvénients, poussèrent le malade à revenir à Paris le 1er mai 1889, huit mois après la première tentative d'obturation dans l'espoir que je pourrais le débarrasser complètement de sa fistule. Je trouvai celle-ci peu agrandie. Les bords étaient sains ou cicatriciels et sans ulcération.

Le 8 mai 1889, je fis un nouvel avivement autour de l'orifice fistuleux et disposai deux plans de sutures, l'un profond, l'autre cicatriciel, mais en notant toujours qu'au côté externe les surfaces d'avivement se rapprochaient avec la plus grande difficulté. Huit jours après la réunion était complète, sauf un petit pertuis au côté externe qui formait une fistulette allant obliquement du côté de l'orifice stomacal. Cette fistulette s'agrandit un peu les jours suivants, mais ne dépassa guère le volume d'une plume d'oie. Une petite pelote, maintenue par un simple bandage, suffit à partir de ce moment pour empêcher l'issue des liquides ; une légère humidité apparaît au moment de la digestion.

Le malade enchanté du résultat est retourné chez lui, et sa santé s'est tellement améliorée qu'il a pu reprendre sa vie habituelle et ses occupations fatigantes. Les nouvelles reçues de lui et par son médecin, en janvier 1890, indiquent que sa santé est parfaite, qu'il a repris ses forces et son embonpoint et qu'il n'éprouve que très peu d'inconvénients de cette fistulette, à condition d'user d'une grande quantité de bicarbonate de soude nécessaire à l'intégrité de ses digestions.

Horrible fin d'un fou. — Un télégramme de Trieste nous informe d'un grave événement qui vient de se passer à Spizza-Suttomore en Dalmatie. Un cordonnier, atteint de folie, profitant de l'absence des soldats qui étaient partis en manœuvres, parvint à pénétrer dans la caserne où il s'empara d'un fusil et de deux gibernes remplies de cartouches. Deux sentinelles, en le voyan ainsi sortir avec cet attirail, accoururent pour le désarmer, mais le cordonnier dirigea contre elles son fusil, menaçant de tirer. Pour ne pas s'exposer à une mort certaine, les soldats battirent en retraite et coururent donner l'alarme. Les militaires qui se trouvaient dans la caserne s'emparèrent de leurs armes et accoururent pour se rendre maîtres du fou qui commença à faire feu. Plusieurs soldats furent blessés plus ou moins grièvement : l'un eut son képi enlevé ; un vieillard qui passait reçut dans l'échine une balle qui le tua ; un autre passant fut également tué ; une dame qui était dans un état intéressant a eu la jambe cassée d'un coup de fusil. Un garde des finances s'élança, sabre en main, sur le forcené pour le désarmer. Il reçut une balle en pleine poitrine. Finalement, les soldats reçurent l'ordre de faire usage de leurs armes et de s'emparer du fou, mort ou vivant. Ils essayèrent de l'enfermer, mais l'enragé tireur continuait de faire feu. Alors commença une véritable chasse à l'homme. Rendus furieux par les blessures faites par cet homme, les soldats déchargèrent leurs fusils contre lui. Mais, horriblement blessé, il n'en continuait pas moins désespérément la lutte. C'est alors qu'un sergent, très habile tireur, demanda et obtint de mettre fin à cette scène sanglante. Il chercha une position favorable, mit un genou à terre, épaula lentement et, visant au cœur du fou, il l'étendit raide mort, d'une seule balle. Les blessés furent transportés à l'hôpital. Quelques-uns sont très gravement frappés. Cet événement a profondément impressionné la population. (*Le Soleil*, n° 142, XVIIe an.)

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, intitulé : *Oesterr. ungar. Centralblatt fur die med. Wissenschafften.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Prostatotomie et Prostatectomie (1).

Depuis quelques années, on a fait beaucoup de bruit à l'étranger, et particulièrement en Angleterre et en Amérique, autour de deux opérations qui semblaient pourtant, après les nombreuses mais vaines tentatives de Mercier, devoir rester dans l'oubli. Nous voulons parler de la *Prostatotomie* et de la *Prostatectomie*. Et on a pu voir un grand nombre de chirurgiens, abordant la région du col vésical non plus par l'urèthre, comme Mercier, mais par la voie périnéale ou la voie sus-pubienne, supprimer tantôt une *valvule prostatique*, tantôt un *lobe moyen* et se proposer ainsi de remédier d'une façon *radicale* aux symptômes de l'hypertrophie de la prostate et en particulier à la rétention d'urine. A les en croire même, leurs résultats seraient favorables. Le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate serait-il donc trouvé ?

Cette question, d'un intérêt extrême évidemment, vient d'être étudiée dans sa thèse inaugurale par un interne de M. le Pr Guyon, M. Vignard, qui s'est inspiré dans son travail et de la haute expérience de son maître et de ses recherches personnelles. Analysant rigoureusement les observations *in extenso* qu'il a pu recueillir et qui atteignent le nombre de 37, M. Vignard pose en principe qu'on doit regarder seulement comme des succès thérapeutiques les cas où un prostatique, atteint depuis plusieurs mois de rétention d'urine, a vu disparaître cette rétention par le fait de l'opération et cela d'une façon durable.

C'est là seulement ce qu'on peut appeler une guérison radicale. Or, 6 *fois seulement sur* 37 *cas*, une pareille guérison a été obtenue. C'est que les opérateurs ne semblent pas avoir des notions suffisamment exactes sur la pathogénie de la rétention d'urine chez les prostatiques ; ils considèrent généralement que tout l'obstacle à la miction siège au niveau du col vésical, sans tenir compte de la déformation de tout l'urèthre prostatique, sans tenir compte également de l'état du muscle vésical. Or l'étude des pièces du Musée Civiale à l'hôpital Necker a montré à l'auteur que sur 28 prostatiques atteints de rétention dans 3 cas seulement l'obstacle était limité à la région du col ; dans tous les autres cas il était réparti, plus ou moins également il est vrai, sur toute la traversée de l'urèthre prostatique.

Donc, à ne tenir compte que de ce seul facteur de la rétention, la *forme de l'hypertrophie*, une opération, qui n'agit que sur le col ou à son voisinage, n'aurait aucun effet sur la rétention dans le plus grand nombre de cas, et on ne doit songer à une pareille intervention qu'après avoir constaté au préalable l'absence ou le peu d'hypertrophie des lobes latéraux de la prostate.

Un second point qui restreint encore les indications opératoires, c'est que la contractilité vésicale est affaiblie ou nulle chez la plupart des prostatiques. Chez 19 malades, examinés à ce point de vue par M. Vignard, 5 fois seulement la contractilité de la vessie était conservée et encore partiellement. Or si le muscle vésical est impuissant, à quoi sert d'enlever une barre ou un lobe moyen, la rétention d'urine n'en persistera pas moins.

Enfin l'auteur a apporté son appoint à une question fort intéressante et que M. le Pr Guyon a bien su mettre en relief, la question de la sclérose artérielle chez les prostatiques. Un grand nombre de tracés sphygmographiques montre que la plupart de ces malades sont des athéromateux et comme tels doivent avoir une vessie scléreuse et impuissante.

Toute cette étude fort nette de la pathogénie de la rétention rétrécit considérablement le champ des indications opératoires et, comme le dit M. Vignard dans ses conclusions, on ne peut espérer rétablir d'une façon durable la miction volontaire par une incision ou une excision du tissu prostatique au voisinage du col que si les deux conditions suivantes coexistent :

1° Un obstacle prostatique très net siège au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié.

2° La contractilité vésicale a persisté.

Or, il est fort rare de rencontrer ces deux conditions réunies.

Mais il est une autre indication plus modeste de la prostatotomie et de la prostatectomie, *c'est l'impossibilité, soit pour le malade, soit pour le chirurgien, de pratiquer le cathétérisme.* La sonde bute contre un obstacle au niveau du col; il est parfaitement logique d'aller supprimer cet obstacle, lobe moyen ou valvule; c'est le but que M. le Pr Guyon s'est proposé dans une récente opération. Seulement, ainsi qu'il résulte des recherches de l'auteur, ces difficultés du cathétérisme sont en somme fort rares, si l'on suit exactement les préceptes indiqués par le chirurgien de Necker.

Les indications aussi nettement posées, quel procédé opératoire employer ?

Pour le lobe moyen, M. Vignard donne la préférence à la taille hypogastrique et recommande de laisser en place pendant tout le temps de l'opération le ballon de Petersen, qui rend singulièrement accessible, en le soulevant, le champ opératoire.

Pour les barres prostatiques, l'auteur se prononce nettement pour le procédé d'Harrison, c'est-à-dire section de la barre par la voie périnéale et *maintien au niveau du col, pendant plusieurs semaines, d'un drain volumineux* qui empêche les deux lèvres limitant la perte de substances de s'accoler et de reproduire ainsi l'obstacle prostatique.

L'auteur a pu également énucléer, par la vessie, sur le cadavre, la prostate *tout entière*, 6 fois sur 10 ; ce serait là une opération vraiment radicale, mais entraînerait-elle une guérison aussi radicale ? M. Vignard se garde bien de conclure, et nous sommes tout à fait de son avis.

En résumé, la prostatotomie et la prostatectomie, autour desquelles on a fait tant de bruit à l'étranger, depuis trois ans surtout, méritent justement aujourd'hui les restrictions sévères dont les entoure l'auteur de ce travail ; cette fois encore l'Ecole française, représentée par M. le Pr Guyon et ses élèves, est restée dans une réserve parfaitement justifiée à l'heure qu'il

(1) Vignard (E.). — *De la Prostatotomie et de la Prostatectomie.* Thèse de Paris, 1890.

est, du moins. Certes, on aurait mauvaise grâce à lui reprocher de suivre d'un pas boiteux les soi-disant progrès de la chirurgie étrangère ; mais il ne faut en rien préjuger de l'avenir.

Gynécologues et Accoucheurs.

Les succès toujours croissants de la chirurgie abdominale ont bouleversé, d'une manière vraiment étonnante, toutes les anciennes données relatives aux maladies des organes situés dans la cavité péritonéale. Ils tendent chaque jour à détruire ces données de fond en comble. En veut-on un exemple tiré de l'étude des complications de la grossesse ou de l'accouchement? Nous choisirons le suivant, parce qu'il a tout l'intérêt d'une question d'actualité. Lawson-Tait, dans le discours d'ouverture qu'il a prononcé à la *Medical Society de Southampton*, ne craint pas d'affirmer que désormais l'on doit préférer l'intervention gynécologique proprement dite à l'intervention obstétricale, dans les cas d'accouchements qui ne peuvent se terminer d'eux-mêmes, soit à cause de difformités maternelles, soit à cause de lésions incurables de l'utérus (cancer, etc.), ou des ovaires (lésions doubles), et même dans les cas de placenta prævia. Pour ces femmes, en effet, les accoucheurs actuels préfèrent les interventions vaginales : la craniotomie, l'embryotomie, etc. M. Lawson-Tait, au contraire, pense que l'amputation utéro-ovarienne est dans tous les cas préférable ; il le démontre à l'aide de preuves tirées de statistiques de la mortalité et en s'appuyant sur d'autres considérations très importantes (conservation de l'enfant, etc.). Et pour montrer qu'il n'exagère rien et qu'il est prêt à faire ce qu'il recommande, il affirme qu'étant donné un placenta prævia au début du travail, il n'hésiterait pas désormais à enlever l'utérus par la voie sus-pubienne.

D'aucuns trouveront sans doute que le célèbre gynécologiste anglais dépasse la mesure permise (1). Nous nous garderons bien aujourd'hui de prôner outre mesure une telle déclaration de principes ; mais tous ceux qui voudront bien avec Tait examiner dans quelles conditions se trouvent les femmes après l'embryotomie, quelle est la mortalité de l'amputation utéro-ovarienne (Op. de Porro) et même celle de l'opération de Sänger (opération césarienne moderne), quels avantages il y a à ne pas sacrifier les enfants, à moins qu'ils ne soient difformes, comprendront de suite que sa proposition est très digne de remarque. Dans certains cas particuliers au moins, pour lesquels jadis on n'aurait point osé recourir à la laparotomie, l'accoucheur ne devra pas hésiter à demander l'avis d'un chirurgien rompu aux pratiques de la plus sévère antisepsie.

Cours de pathologie générale: M. le Pr Bouchard.

M. le Pr Bouchard a commencé, mardi dernier, son cours de pathologie générale, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, à 5 heures, devant un nombreux auditoire. Il le continuera les jeudi et samedi suivants. Il traitera cette année des maladies infectieuses non spécifiques.

Après avoir passé en revue les théories anciennes sur la contagion et la spécificité des maladies, il est arrivé aux conceptions nouvelles. Jadis on a établi deux catégories de maladies : les maladies spécifiques et les maladies non spécifiques. Les maladies spécifiques étaient celles qui étaient dues à des causes vivantes introduites dans l'organisme; d'où le nom de maladies infectieuses ou virulentes. Les maladies non spécifiques étaient des maladies non infectieuses. A son avis, on ne peut pas conserver cette classification, car il y a des transitions entre ces deux sortes de maladies. En effet, il y a des maladies qui, tout en étant infectieuses, méritent de ne pas être nommées maladies spécifiques.

Ce sont ces maladies-là, infectieuses et non spécifiques, formant une classe intermédiaire, dont il s'occupera dans ce cours. On a essayé, bien des fois déjà, de différencier entre elles, par des caractères empruntés à divers ordres de faits, les maladies infectieuses spécifiques de celles qui ne le sont pas. La véritable différence, celle sur laquelle insiste M. Bouchard, est la suivante : Les organismes des maladies infectieuses non spécifiques sont des micro-organismes qui vivent sur nous constamment, qui sont nos hôtes et nos commensaux. Ils se tiennent tranquilles tant que nous sommes armés pour la lutte ; mais dès que notre force de résistance fléchit, ils deviennent actifs et virulents. Ils évoluent alors comme un ennemi en pays conquis (exemple : le Diplocoque lancéolé de la bouche). En résumé, pour les maladies infectieuses spécifiques, c'est le microbe qui fait la maladie ; pour les maladies infectieuses non spécifiques, c'est l'homme qui fait la maladie.

Nous engageons vivement ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux progrès de la science à suivre le cours de M. Bouchard ; c'est un de ceux qui font le plus honneur à la Faculté, étant données la hauteur de vues et la valeur scientifique de celui qui en est chargé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mars 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Quinquaud présente un *esthésiomètre dynamométrique* qui est une modification de l'esthésiomètre de Verdin. Il consiste en une règle divisée, sur laquelle glissent les deux pointes qui servent par leur écart à mesurer la sensibilité. L'appareil est muni d'un tambour enregistreur qui permet de mesurer la pression d'une façon assez fine pour qu'on puisse dissocier la sensation de contact de la sensation de douleur. Cette dernière se produit à partir d'une pression de 50 à 80 grammes en moyenne. Grâce à cet instrument, M. Quinquaud a pu apprécier très facilement l'altération des différents modes de la sensibilité chez les lépreux, par exemple. On peut constater que la sensibilité au contact peut persister en des points insensibles à la douleur, et qu'il existe sur un même membre différentes zones présentant tous les degrés de différenciation des deux sensibilités. Ces troubles existent sur des régions totalement exemptes d'éruptions lépreuses; de plus, on peut constater l'existence de régions hyperesthésiées, et cette anomalie de la sensibilité paraît précéder l'anesthésie; car la malade raconte avoir eu pendant un an de l'hyperesthésie cutanée aux membres inférieurs qui sont maintenant très peu sensibles.

M. Malassez dépose une note de M. Toisan, de Lille, relative à un *manomètre à air libre*, à système avertisseur, qui peut s'appliquer aux étuves à stérilisation, et rendre des services dans les laboratoires de bactériologie.

M. Féré. — A propos de la dernière communication de M. Luys, je ferai remarquer que les phénomènes psychiques consécutifs à l'action des aimants chez les hystériques ont été déjà signalés par plusieurs auteurs.

(1) Plusieurs gynécologistes allemands sont de l'avis de Tait.

M. LUYS. — Mes recherches ont été absolument personnelles et indépendantes ; quand je travaille, je n'ai pas l'habitude de chercher mes inspirations dans d'autres auteurs. Mais, s'il existe des textes, je demande qu'on me les indique.

M. FÉRÉ. — Libre à M. Luys de s'absorber dans la contemplation satisfaite de sa personnalité, mais, je le répète, son historique est incomplet; des faits semblables à ceux qu'il indique ont été signalés par deux auteurs français dans la *Revue Philosophique* de 1885, et confirmés par deux auteurs italiens dans l'année 1886 du même recueil.

Alex. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. TARNIER présente une femme enceinte offrant une *pigmentation singulière des téguments* de la poitrine, de l'abdomen, du dos et des cuisses, sous forme de larges plaques, à bords irréguliers, d'une couleur brune très marquée. Cette pigmentation s'est montrée le second mois et a progressé depuis. A la première grossesse elle avait existé de même et disparut peu de temps après l'accouchement.

M. MESNET fait une communication sur l'*autographisme* à propos de quatre cas qu'il a pu observer, depuis celui que signalait il y a dix ans M. Dujardin-Beaumetz. Les symptômes physiques et psychiques montrent que ces malades sont des hystériques. Le phénomène se produit aussi bien sur les parties sensibles que sur les parties insensibles : la sensibilité de la peau est donc une condition indifférente. L'autographisme est assurément un acte réflexe s'accusant par un trouble des vaso-moteurs. Ce n'est pas un phénomène transitoire ou éphémère. Il persiste souvent très longtemps en s'exagérant sous certaines influences, telles que les changements de saison, l'époque cataméniale. Cet autographisme ne peut être confondu avec la raie méningitique ou l'urticaire. Les malades qui le présentent sont remarquablement hypnotisables et on peut se demander s'il n'y a pas une relation intime entre les troubles vaso-moteurs périphériques provoqués par l'action mécanique d'un stylet porté sur la peau et les perturbations dynamiques qui accompagnent l'hypnotisme. M. Mesnet montre, en outre, d'après les anciens procès des sorcières au XVIe siècle, combien ce symptôme avait d'importance pour révéler la présence du démon dans le corps.

M. MOTAIS (d'Angers) propose un *nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire*, qui consiste à ne pas sectionner le tendon dans toute sa largeur, mais à conserver une languette médiane adhérente, les deux languettes latérales seules étant avancées, de telle sorte que si les sutures ne tiennent pas, le strabisme revient à l'état antérieur, mais n'est pas aggravé comme cela arrive dans le procédé d'avancement total. Ce procédé, expérimenté 18 fois, a donné de bons résultats.

M. VILLEMIN lit, au nom de MM. Solles et Fromaget (de Bordeaux), la relation d'un cas de *tétanos traumatique suivi de guérison.* Il faut, d'après les auteurs, exagérer au maximum le travail d'élimination des excreta microbiens par l'administration répétée d'eau-de-vie allemande, l'injection de pilocarpine et les bains de vapeur ; et lutter contre les contractures et la douleur par l'emploi de la morphine, du chloral et du bromure.

LISTE DE PRESENTATION *au titre d'associé national.* En 1re ligne, *ex æquo* : MM. Raimbert (Châteaudun) et Diday (Lyon) ; en 2e ligne, *ex æquo* : MM. Levieux (Bordeaux), Mignot (Chantelle), Nivet (Clermont-Ferrand), Rollet (Lyon).

Paul SOLLIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS. — *Conférences publiques de médecine* (hotel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente). — Conference du 26 mars, à 8 heures et demie très précises du soir. Education physique : premier age, enfance, jeunesse, par M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin des hopitaux. Les portes ouvriront à 8 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 Mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. SÉGLAS a rencontré des cas d'*exacerbations de maladies antérieures sous l'influence de la grippe*, analogues à ceux cités par M. Huchard, dans sa dernière communication. Il a vu des troubles nerveux caractérisés et même des troubles mentaux réveillés ou exagérés par la grippe. Un de ses malades, après une attaque d'influenza, fut repris pendant trois semaines d'une névralgie faciale très douloureuse, dont il avait souffert quelque temps auparavant. Une femme hystérique, qui depuis deux ans ne présentait plus d'attaques, a eu à la suite de la grippe un état de mal qui a duré deux jours. Une autre a présenté pendant trois semaines des crises d'aboiement. Chez un certain nombre de neurasthéniques, les accidents ont été très aggravés à la suite de grippes légères. Dans cinq cas il y a eu des troubles mentaux caractérisés par de la dépression simple, physique et intellectuelle, avec prédominance de l'affaiblissement de la volonté. Un malade prédisposé a eu des manifestations graves de dépression mélancolique, allant jusqu'à la stupeur; il a guéri progressivement. Une dame également prédisposée a été pendant trois semaines en état mélancolique. Une malade atteinte d'obsessions avec conscience qui avaient presque disparu, les à vu renaître après une attaque de grippe et s'aggraver de façon à constituer une véritable folie du doute. Ces faits n'ont du reste rien d'extraordinaire, car on en rencontre de semblables à la suite de toutes les maladies infectieuses et notablement de la fièvre typhoïde. Il est cependant curieux qu'ils aient, en général, succédé à des grippes bénignes.

M. BALLET a observé un accès de délire mélancolique chez une malade atteinte de grippe il y a trois semaines. Cette malade est une prédisposée. La grippe n'a pas été la cause, mais l'occasion de cet accès de dépression.

M. NETTER présente, au nom de M. de Brun, un ouvrage sur la *fièvre dengue*. M. de Brun avait déjà signalé les différences de la grippe et de cette maladie. Il a été à même de les constater sur lui-même; ayant eu la dengue, il a récemment pris la grippe et apprécié expérimentalement les dissemblances des deux maladies.

M. TALAMON fait une communication sur la *classification et le pronostic de la variole*. L'étude qu'il a faite récemment de cette maladie, à Aubervilliers, lui permet d'admettre trois classes, d'après l'abondance de l'éruption à la face :

1° Formes légères où le nombre des pustules ne dépasse pas 30.

2° Formes moyennes :
- *Abondante*, plus de 30 pustules;
- *Cohérente*, pustules nombreuses se touchant presque par leurs bords ;
- *Cohérente confluente*, pustules d'abord cohérentes, deviennent confluentes à la période de suppuration.

3° Formes graves :
- *Confluente primitive*, les pustules sont confluentes d'emblée avant la période de suppuration ;
- *Confluente hémorrhagique*;
- *Hémorrhagique primitive*.

Dans les formes moyennes, le pronostic est dominé par l'existence ou la non-existence de la vaccination. Pour les formes légères, la mortalité est nulle, que le sujet soit vacciné ou non ; aucun traitement n'est nécessaire. Pour les formes graves, il n'y a pas de guérison. Elles sont mortelles sans exception. Tout traitement est inutile. La variole semble plus grave chez la femme, ce qui tient probablement aux complications qu'entraînent chez elle la puerpéralité et la grossesse. La variole sporadique est aussi grave que l'épidémique. L'alcoolisme, la misère physiologique ne semblent pas avoir d'influence sur la forme de la maladie. Ces états prédisposent, dans les formes moyennes, aux hémorrhagies et aux suppurations secondaires. Certains cas de mort subite, inexplicables à l'autopsie, semblent dûs à une action anormale du virus sur le système nerveux. Les récidives, à courte échéance, semblent possibles ; ainsi, une malade de 20 ans, entrée avec une variole légère, semblait devoir guérir, lorsque 14 jours après elle

est prise de vomissements, de frissons et d'une variole nouvelle dont l'éruption évolue normalement; elle mourut de pneumonie. Deux cas de récidives, à longue échéance, furent pour la seconde attaque des formes confluentes; les premières avaient été légères. L'existence d'une variole antécédente est donc mauvaise pour le pronostic.

M. HUCHARD. — Dans les cas de mort subite l'autopsie a-t-elle révélé des lésions du cœur ?

M. TALAMON. — Il n'y avait pas de lésions macroscopiques, mais l'examen au microscope n'ayant pas été fait, je ne puis dire s'il y avait myocardite.

M. DU CASTEL. — Ce qui rend la variole plus grave chez les vieillards c'est que l'influence préservatrice du vaccin s'efface chez eux. Il faut revacciner souvent.

M. FERRAND a vu une femme vaccinée avec succès par Delpech avoir, à 15 ans, une varioloïde. En 1870 (elle avait alors 30 ans) variole grave hémorrhagique.

M. DUMONTPALLIER. — Elle eût dû se faire revacciner.

M. GUYOT. — Quand le vaccin ne reprend pas on ne sait pas au juste à quel moment il faudrait recommencer. Chez une de mes malades le vaccin ne prit pas au moment où on la revaccina. Quatre mois après elle avait une variole confluente.

M. HUCHARD, en 1870, a vu évoluer simultanément la vaccine et la variole. Cette dernière n'était pas influencée. Plusieurs de ces malades ont présenté des formes cohérentes ou confluentes.

M. LETULLE. — La variole n'a pas d'influence sur la vaccine. Un enfant vaccinifère peut être pris de variole sans que ceux qu'on a vaccinés avec son vaccin soient atteints. J'ai vacciné avec le virus provenant d'un enfant qui, le lendemain, avait la variole. Les vaccinés ne l'ont pas eu.

M. DUMONTPALLIER. — Les vaccinifères ont pu prendre la variole avant l'inoculation vaccinale. Il faut, d'après mes expériences, 9 à 12 jours pour que le vaccin ait acquis son action préservatrice. Il faut donc distinguer, chez les malades nouvellement vaccinés qui prennent la variole, à quel moment remonte l'inoculation vaccinale.

M. ANTONY a constaté que dans les cas d'évolution simultanée de la vaccine et de la variole, cette dernière était d'autant plus grave que la date de vaccination était plus récente.

M. LEROY partage cette manière de voir, d'après des observations identiques.

M. DUMONTPALLIER conclut qu'il faut faire vacciner et revacciner le plus souvent possible. Cette pratique, qu'il a rendue obligatoire au lycée Louis-le-Grand, a eu pour résultat de faire complètement disparaître la maladie de ce collège. Depuis 1872 il n'y a pas eu une varioloïde.

M. JUHEL-RENOY fait, à propos de trois observations personnelles, une *communication sur la rubéole*. Cette maladie très connue en Angleterre et en Amérique, où elle semble très fréquente, ne l'est guère chez nous où elle n'est représentée que par une courte note de Desplats, les observations de Teissier, de Jaccoud, une clinique de Raymond et la thèse de Delastre (1883). Généralement confondue avec la rougeole, elle a cependant été admise comme maladie spéciale par Longuet (*Union médicale*).

La 1re observation de l'orateur a trait à un jeune anglais ayant eu la rougeole, qu'il trouve la figure couverte d'une éruption ressemblant à la rougeole. Pas d'angine. Température, 38°,4. Le lendemain, apyrexie, éruption prurigineuse sur le corps, *douleur au cou* et *gonflement des ganglions*. Deux jours après, éruption disparue. Pas de desquamation appréciable, même à la loupe. Au bout de trois ou quatre jours, guérison complète. On apprend alors que dans sa pension en Angleterre il y a au même moment plus de 20 cas de *rubelle*.

2e Obs. — Homme de 35 ans, présente une vaste tuméfaction des mâchoires analogue aux oreillons. Tous les ganglions du cou sont pris. Température, 37°,8. Au bout de six jours, sans phénomènes prémonitoires, éruption papuleuse à la face ressemblant à la rougeole. Au bras, collier scarlatineux avec état framboisé de la peau, taches de Borsiéri, pas de catarrhe muqueux, pas d'angine. Quelques vésicules milliaires, démangeaisons. Deux jours après, le gonflement du cou persiste seul.

3e Obs.—Jeune fille de 14 ans qui présente une éruption papuleuse très confluente et des plaques scarlatiniformes. Les ganglions du cou et de la nuque sont visibles à l'œil nu. Adénopathies au niveau des veines jugulaires, de la chaîne sous-maxillaire et des régions axillaires et inguinales. Le père revenu de Londres récemment a été dans une famille où les enfants étaient atteints d'une éruption semblable. Cette jeune fille ayant 2 sœurs, celles-ci sont isolées. Le lendemain, l'éruption a disparu, un peu de desquamation à la loupe.

Le 14 janvier, la 2e fille est prise d'accidents identiques. Guérie le 17. Le 18, la plus petite (2 ans 1/2) est prise à son tour et présente quelques petits ganglions du cou avec une belle éruption papuleuse sans catarrhe.

Cette maladie n'est pas une forme hybride de la rougeole ou de la scarlatine, car ces deux affections ne préservent pas de la rubéole. Ce n'est pas davantage la roséole estivale, l'ensemble des phénomènes ne ressemble pas à ceux de cette affection. Cette maladie est moins rare qu'on ne le dit chez nous. Elle est très contagieuse. La période d'incubation peut durer 20 jours (Jaccoud). Les signes généraux sont faibles, la température généralement peu élevée. Boursier et Brieon ont cependant signalé la fièvre. Il y a constamment présence de chapelets ganglionnaires. En Allemagne, on a signalé des cas graves. Mais la littérature française n'en possède pas un cas. Cette maladie est un érythème contagieux, évidemment parasitaire, qui s'attaque de préférence à l'enfant, mais peut aussi atteindre l'adulte. Son début est brusque et généralement sans prodromes ; le catarrhe des muqueuses est exceptionnel. Les adénites multiples, constantes, peuvent précéder l'éruption. Jamais il n'y a d'accidents pulmonaires. La marche est rapide et la guérison est la règle. Mais, vu l'intensité de la contagion, l'isolement des enfants est nécessaire, et il serait bon d'exiger pour leur rentrée dans les écoles les certificats usuels pour les maladies contagieuses.

M. HUCHARD a observé, il y a quelques années, des éruptions semblables qu'il a pu diagnostiquer rubéoles ; la maladie est donc plus fréquente qu'on ne croit. L'engorgement ganglionnaire était moins marqué, mais c'est toujours un signe important de diagnostic. Chez quelques malades, rougeur de l'arrière-gorge. Mais le polymorphisme de l'éruption tranche la question. Parfois quelques phénomènes réactionnels — jamais d'albumine dans les urines — pas de desquamation. L'autonomie de la rubéole est donc incontestable, mais on est passé bien souvent à côté sans la reconnaître.

M. TALAMON. — Dans un cas que nous avons relaté, M. Lecorché et moi, il y avait aussi rougeur de la gorge et un peu d'enchifrènement. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. MONOD montre des chromophotographies envoyées par M. ALBERT (de Vienne) ; elles représentent des lésions types d'actinomycose. M. Monod ajoute qu'elles ressemblent singulièrement à des gommes ulcérées (1).

M. TILLAUX présente, au nom de M. le Dr PHOCAS (de Lille), deux observations de *pieds bots paralytiques guéris par les moyens mécaniques*; une observation de *torticolis musculaire traité par la ténotomie à ciel ouvert*.

M. VERNEUIL dépose une note de M. PONCET (de Lyon) sur les *moyens d'obtenir l'asepsie des instruments en gomme.*

Suite de la discussion sur le traitement des métrites.

M. REYNIER a expérimenté le procédé de M. Polaillon ; il a employé le chlorure de zinc en flèches pour traiter la métrite, à la suite de quelques échecs après des curettages. Son expé-

(1) Il ne faut pas s'en étonner. En France, l'habitude est prise : toutes les fois qu'on a affaire à des lésions analogues, sinon identiques, et qu'on ne peut en reconnaître la nature, on les met, qu'on ait des preuves ou non, sur le dos de la syphilis. La syphilis supporte tout, surtout depuis que la tuberculose est devenu réfractaire grâce à la méthode des inoculations. C'est une remarque que nous avons faite bien des fois dans les hôpitaux de Paris, surtout depuis nos voyages à l'étranger.

rience se borne à 6 cas : 1 métrite hémorrhagique, 4 métrites mucopurulentes, 1 métrite blennorrhagique avec salpingite légère. La 1re et la 2e malades n'ont pas été guéries, malgré un séjour au lit de 40 jours après l'opération. Cette sorte de cautérisation intra-utérine présente des inconvénients sérieux. Dans 6 observations il a noté des douleurs très vives ; dans un cas, il y a eu une syncope ; dans deux cas, des crises hystériques chez des nerveuses. Toutes ses malades ont eu un peu de fièvre à la chute de l'eschare. Sur ses 6 cas, il a eu 3 atrésies du col, survenues assez rapidement. Aussi, de pareils résultats l'ont fait revenir au curettage qu'il fait suivre d'une cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc liquide.

M. Polaillon fait remarquer qu'il ne faut pas confondre son procédé avec l'application de chlorure de zinc liquide à l'aide d'un pinceau dans l'intérieur de la cavité utérine. On prétend qu'en se servant de la flèche on a des atrésies et des déformations de la cavité utérine. Oui, mais cela tient à ce que la cautérisation a été trop violente. C'est une question de dose: cela dépend de l'opérateur et non pas de l'opération. C'est un procédé qu'il faut manier avec prudence et qu'il ne faut pas employer dans tous les cas, surtout chez les femmes jeunes. A son avis, le curettage est un traitement trop chirurgical, si son procédé ne l'est pas assez. Jamais M. Polaillon n'a observé les douleurs vives, ni la fièvre signalées par M. Reynier. L'atrésie n'est pas toujours très considérable.

M. Bouilly tient à ajouter que les résultats signalés par M. Polaillon ne concordent pas avec ceux qui sont consignés dans une thèse récente. Dans ce travail, sur 30 cas, on note 21 cas d'atrésie consécutive (règles impossibles, hystérométrie impraticable) et les 9 autres malades n'ont pu être suivies.

Suite de la discussion sur la Laryngectomie.

M. Périer rappelle qu'il n'est pas le premier à avoir pratiqué l'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable. On en connaît au moins quatre cas anciens: celui de Billroth, 1874; celui de von Burns, 1878 ; celui de Novaro, 1883; celui de Lunde, 1887. Cependant le fait de n'avoir pas eu recours à la trachéotomie préalable ne paraît pas avoir frappé ces chirurgiens. Dans deux cas, si on ne fit pas la trachéotomie, c'est qu'il y avait en même temps un goître, et Lunde seul a suturé la trachée à la peau. M. Périer ajoute que la suture de la trachée à la peau n'est pas une cause forcée de broncho-pneumonie ; plusieurs cas (celui de Terrier, etc) le prouvent. Quant à l'œdème, on peut y remédier par une surveillance attentive; il en conclut que s'il avait à nouveau à enlever un larynx dans des conditions analogues, il opérerait comme il a déjà fait.

M. Schwartz. — Il y a encore deux autres cas de laryngectomie sans trachéotomie préalable : Dupont de Lausanne (1886), qui procéda absolument comme l'a décrit M. Périer. et H. Agnew (1887), qui réséqua en même temps 6 cent. d'œsophage (Voir *Sem. méd.*, 1887, p. 96 et 97). En somme, sur 6 cas où la trachéotomie préalable n'a pas été faite, il y a eu 2 guérisons (Von Bruns, Dupont), 5 morts 2 subites, 3 plus tardives). C'est une opération bien conçue, mais qui a des indications spéciales. Il faut que le larynx ne soit pas pris dans sa totalité, et que le pharynx et l'œsophage soient intacts. Il y a, d'autre part, certains cas de cancers laryngiens pour lesquels il ne la ferait pas, entre autres les cancers cavitaires, les seuls qui donnent des résultats consolants après l'extirpation. Or, le diagnostic de ces cancers est difficile et la trachéotomie préliminaire est le seul procédé qui permette de faire, avant l'extirpation, une thyrotomie préventive (1).

D'autre part, il ne faut pas oublier que l'extirpation partielle, ou résection du larynx, donnent de bons résultats et que cette opération est bien moins grave. Sur 24 cas d'extirpation partielle il y a eu 16 guérisons opératoires, c'est-à-dire 33 0/0 de morts, malgré des fautes dans le pansement. Or, pour les extirpations totales, la mortalité est aujourd'hui de 42 0/0. Ainsi donc il vaut mieux faire la trachéotomie préalable, car elle seule permet la thyrotomie préventive — nécessaire dans certains cas — pour savoir si le cancer est unilatéral — et par suite l'extirpation partielle.

M. Chauvel a fait deux thyrotomies pour curage de foyers tuberculeux du larynx ; il n'a pas vu grand'chose au cours de cette opération.

M. Schwartz. — Quand la thyrotomie est faite largement et comprend aussi la membrane thyrohyoïdienne et même le cricoïde, on voit très loin dans le larynx.

M. Polaillon a fait une thyrotomie pour rétrécissement du larynx; il a vu parfaitement et a obtenu une réunion immédiate.

M. Schwartz. — L'extirpation partielle donne des résultats phonétiques remarquables, incomparables avec ceux fournis par l'emploi d'un larynx artificiel (1).

M. Schmitt lit une observation de *cancer primitif de l'amygdale droite. Mort subite.* Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 4 Mars 1890.

M. Galezowski. — *Des affections syphilitiques de l'œil et de leur traitement.* — J'ai surtout en vue, dans cette première partie de mon travail, les lésions syphilitiques des annexes de l'œil, des parois de l'orbite, de la glande lacrymale. Les formes sous lesquelles la syphilis oculaire se présente sont variées : elle peut être héréditaire ou acquise, se montrer comme accident primitif, secondaire ou tertiaire. Suivant les cas, les préparations mercurielles ou l'iodure de potassium donnent les résultats les plus satisfaisants. Chez un enfant atteint de périostite syphilitique avec névrite optique, l'iodure de potassium a amené une guérison complète. La périostite était due à la syphilis héréditaire.

M. Gorecki. — Certaines lésions qui guérissent par l'iodure de potassium ne sont pas nécessairement syphilitiques.

M. Abadie. — Il y a des lésions syphilitiques graves de l'œil qui résistent à l'administration interne du mercure et qui guérissent par les injections sous-cutanées de bichlorure.

M. Galezowski. — L'origine syphilitique de la périostite était démontrée par les antécédents du père. Dans certains cas, le traitement par l'iodure de potassium est préférable.

M. Meyer. — *A propos de l'ophtalmie traumatique.* — Tout en reconnaissant le rôle prépondérant des microbes dans les inflammations traumatiques de l'œil, je crois qu'il faut faire entrer en ligne de compte le traumatisme, qui agit en diminuant la vitalité des tissus. Sans négliger les précautions antiseptiques il faut se préoccuper surtout de réduire le traumatisme au minimum compatible avec le but à obtenir. Pour ce qui concerne l'opération de la cataracte, on ne saurait méconnaître sans injustice que l'opération de Græfe a été un grand progrès.

M. de Wecker. — *La cicatrice à migration.* — Ma dernière communication sur les infections secondaires de l'œil par les cicatrices vicieuses manquait de démonstration anatomique. Elle vient d'être fournie par M. le Dr Wagenmann, assistant de M. Leber. L'idée d'une infection spontanée par les cicatrices adhérentes, déjà émise par Van Duyhe et Leber, s'étend aux cicatrices récentes qui suivent les opérations ; je revendique pour la *cicatrice à migration* de date récente le pouvoir de livrer passage à des microorganismes. La théorie de l'influence nerveuse, par tiraillement de l'iris et de la capsule, et celle de l'infection endogène, ne peuvent plus suffire. Il faut rapporter l'invasion des accidents infectieux à un état fistuleux d'une cicatrice existante, ou à une rupture de son tissu. Dans les leucomes adhérents, le fait de la sortie du pus à travers une perforation de la sclérotique n'est pas en contradiction avec l'idée de l'immigration. L'observation clinique ne montre-t-elle pas que le pus ne doit pas forcément se faire jour dans le point où se sont développés les germes infectieux.

En ce qui concerne la théorie des infections endogènes à la suite de la diminution de vitalité des tissus, M. Wagenmann fait observer que, dans tous les yeux examinés par lui, il n'a pas été possible de trouver des coccus dans les vaisseaux, Si ces microorganismes cheminaient dans les voies circulatoires, il serait surprenant, dit-il, « qu'une cicatrice opératoire ou consécutive à une suppuration, pauvre en vaisseaux et où les

(1) Le mot « exploratrice » vaudrait mieux, à notre avis.

(1) Voir plus loin la relation d'un cas de laryngectomie partielle du à M. le Pr Socin (de Bale).

modifications des tissus sont déjà anciennes, devienne un *locus minoris resistentiæ* pour un dépôt de coccus. Ce fait n'a, du reste, été confirmé par aucune observation. » Dans toutes les observations de cet auteur, il s'est toujours agi d'une infection partant de la cicatrice. « Dans tous les cas, dit Wagenmann, j'ai trouvé les signes plus ou moins manifestes d'une inflammation dans la cicatrice même, et dans la plupart j'ai pu démontrer la présence des coccus. » Je crois donc qu'il est indispensable d'éviter tout genre d'opération qui prête à la formation d'une cicatrice à migration ou fistuleuse, ainsi que l'interposition de l'iris et de la capsule dans la plaie. Je ne saurais trop vous engager à ne pas oublier cette perméabilité aux germes et de la combattre d'une manière efficace. La désinfection du cul-de-sac conjonctival, l'usage de pansements aseptiques sont une garantie pour mettre la plaie à l'abri de l'immigration.

M. Abadie. — L'infection microbienne n'a pas besoin, pour se produire, de la diminution de résistance des tissus. Je ne crois pas non plus aux suppurations de l'œil d'origine endogène.

M. Vignes. — Il y a pourtant des iritis avec hypopyon sans porte d'entrée sur l'œil même.

M Despagnet. — Le fait que la suppuration débute souvent dans un point opposé à la cicatrice n'est pas favorable à l'idée d'une infection par cette cicatrice.

M. Meyer. — Je me défends de vouloir amoindrir le rôle de l'infection microbienne, mais elle n'est pas le seul facteur des inflammations oculaires post-opératoires.

M. de Wecker. — En ce qui concerne la cicatrice à migration je ne cherche pas la vaine satisfaction d'introduire un mot nouveau dans la science. Je tiens seulement à signaler l'importance clinique du fait.

M. Kalt présente un *nouvel ophtalmoscope à réfraction.*

Kœnig.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 Mars 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Berlioz prend la parole au sujet de la discussion sur les *antiseptiques mis à la disposition des sages-femmes.* Je trouve qu'on n'a pas tenu compte de la discussion de l'Académie. La commission de cette dernière voulait un antiseptique efficace, maniable, peu coûteux. Après des recherches nombreuses, on s'est arrêté au sublimé à 0,25 centig. par litre, avec addition d'acide tartrique et de matière colorante. On ne peut s'effrayer de cette quantité, qui n'est pas aussi toxique qu'on le croit. Il faut, d'après Laborde, 0,062 milligr. par kilogr. d'animal pour tuer. Il n'y aura pas cette quantité par litre. On sait depuis longtemps que le sublimé est le corps le plus antiseptique, le plus maniable. L'acide phénique ne pouvait être mis que dans des flacons embarrassants, tandis que les paquets de sublimé sont très faciles à transporter. Les solutions de biiodure se font, d'autre part, très difficilement.

M. Delpech — J'attaque le sublimé, à propos de la question des paquets et de la dose qui y est mise. Il me parait inutile d'avoir des doses aussi considérables à la portée des particuliers et des sages-femmes. En permettant les lavages intra-utérins, on montrera à ces dernières à pratiquer l'avortement. En ajoutant un émétique, le sulfate de cuivre, on pourrait empêcher l'absorption et on donnerait une coloration bleue au mélange.

M. Rongon. — On n'apprendra pas aux sages-femmes à pratiquer l'avortement ; beaucoup d'entre elles connaissent assez les moyens de l'obtenir.

M. Berlioz. — La solution de 0,25 centigr. pour 1000 a été adoptée, parce que c'est la seule suffisante. Sous la forme de pastilles, le sublimé devient plus dangereux parce qu'un enfant pourra le mettre dans sa bouche croyant avaler un bonbon. Les sages-femmes ne peuvent faire d'injection intra-utérine qu'avec l'avis du médecin.

M. Dubousquet-Laborderie. — La solution à 0,15 centigr. pour 1000 est suffisante, d'après Miquel. Il peut y avoir des dangers à employer celle à 0,25 centigr. pour 1000.

M. C. Paul. — Il est dangereux de mettre entre les mains des sages-femmes un médicament toxique. Il serait bon de lui substituer un antiseptique non toxique. En Alsace-Lorraine, les sages-femmes doivent avoir sur elles, lorsqu'elles vont faire des accouchements, des flacons de créoline. Tous les soins antiseptiques à prendre par les sages-femmes avant et pendant l'accouchement sont notés dans une ordonnance. Elles doivent se servir de solutions de créoline à 1 0/0. La créoline est une substance à bon marché ; c'est de la créosote dépouillée de son acide phénique. On la fabrique en Allemagne. Elle n'est pas soluble dans l'eau, mais forme avec elle une émulsion. Cette émulsion à 1 0/0 n'est pas caustique, ni toxique. J'ai essayé cette émulsion chez une malade atteinte d'infection puerpérale. On a fait des injections plusieurs fois par jour. La température a baissé rapidement. Je ne peux proposer ce corps à la place du sublimé ; je crois que c'est un bon antiseptique. Mais on pourra peut-être trouver un antiseptique plus actif.

M. Berlioz. — Ce mélange n'est pas transparent, et a une odeur désagréable.

M. Bocquillon. — L'eau oxygénée est un antiseptique puissant qui pourrait être employé.

M. C. Paul demande qu'on étudie la série des antiseptiques non toxiques, et qu'on fixe le terme eau oxygénée. On le donne à un bioxyde d'hydrogène et à de l'eau contenant de l'oxygène refoulé. Il propose pour cette dernière le nom d'eau gazeuse oxygénée.

M. Dubousquet-Laborderie lit une note sur *l'emploi de l'iodure de sodium* et *sous quelle forme on doit le prescrire?* Ce produit est vendu aux pharmaciens sous 3 formes : cristallisé, en poudre, en plaques, ayant une action différente. Nous avons pris, avec M. Moure, un cristal d'iodure de sodium cristallisé ; nous avons vu qu'il contient 20 0/0 d'eau. Ce sel était pur. Nous avons pris 10 grammes d'iodure de sodium desséché, nous l'avons fondu et desséché et avons vu qu'il contient encore 7 gr. 5 à 18 gr. 0/0 d'eau. L'iodure en plaques ne doit pas contenir d'eau, mais nous avons trouvé 6 0/0 d'eau quelquefois. L'iodure de sodium le plus stable est l'iodure cristallisé. L'iodure de sodium contient plus d'iode que l'iodure de potassium ; cependant, souvent son action est moindre ; cela tient à la variabilité du produit.

M. Huchard lit un travail sur *l'action physiologique des médicaments comparée à leur action thérapeutique.* On a dit à l'Académie que l'iodure de sodium avait une action moindre que l'iodure de potassium et même qu'il est inerte. Les iodures de sodium et de potassium n'agissent pas seulement comme iodures, mais aussi comme sodiques. Leur principale action thérapeutique se manifeste sur la tension artérielle. Les physiologistes ont substitué leurs études ayant une durée éphémère à l'étude thérapeutique et clinique à longue durée. Les mêmes médicaments n'ont pas la même action sur des individus différents : chez l'homme sain et chez l'homme malade. La digitale n'a pas la même action chez les deux. Donnée chez un cardiaque dans son état eusystolique, elle ne produit rien et dans l'état asystolique elle devient un excellent diurétique. Le sulfate de quinine abaisse la température dans la fièvre typhoïde et non dans l'érysipèle. La physiologie ne doit pas asservir la médecine. On ne peut inférer des expériences de l'une à l'étude de l'autre.

M. Fornet. — *La résine de Cahori, ses propriétés thérapeutiques.* Cette résine provient d'un Conifère, qui appartient au genre Dammara ou Agatis, suivant les botanistes. Cet arbre provient de la Nouvelle-Calédonie et de la Nouvelle-Zélande. On se sert de cette résine pour le vernis. Le Cahori porte aussi le nom de Dammara australis. L'arbre laisse écouler une résine dite gomme cahori ou cahorigum. Il existe deux sortes de résines ; l'une fossile, l'autre récente. La première est la plus appréciée par le commerce ; elle semble plutôt être produite par le Dammara aromaticus. Elle se dissout dans l'alcool à 90°, est complètement soluble dans l'éther, à peine dans l'essence de térébenthine. La distillation en extrait une essence. Cette essence a l'odeur de l'essence de térébenthine, mais, à l'encontre de celle-ci, elle dissout fort bien la résine de Cahori. Cette solution peut être employée pour les préparations histologiques, comme le baume du Canada. La solution alcoolique concentrée a une consistance sirupeuse. Son odeur est agréable ; elle agit très bien comme pansement sur les petites plaies, formant un vernis à la surface des téguments. Elle peut rem-

placer le collodion. On peut se servir de bandelettes imbibées de la solution pour maintenir les lèvres des plaies. Sur les ulcères atones, elle forme un vernis protecteur très utile sur les brulûres ; nous nous en sommes servis en la mélangeant avec de l'huile. Des linges imbibés de cette teinture forment une carapace qui peut servir pour immobiliser les fractures. Je l'ai utilisée pour remplacer la teinture de benjoin comme pansement dans la carie dentaire ; dans les affections cutanées herpès circiné,zona (seule ou combinée à du sublimé) ; elle peut remplacer dans ce dernier cas le collodion et la traumaticine. La résine donnée à l'intérieur aurait une action utile contre le catarrhe vésical. A. Raoult.

REVUE DES MALADIES DE LA PEAU

III. — **Deux cas de Lèpre** ; par le Dr George Dock. Tr. of the *Texas med. Assoc.*, avril 1889.

IV. — **L'acide picrique dans l'eczéma impétigineux** ; par le Dr F. Cerasi. *Gaz. med. de Rome*, 1888.

V. — **Un cas de pityriasis noir trophonévrotique** ; par le Dr F. Cerasi. *Gaz. med. de Rome*, 1888.

VI. — **Ueber Haareuren** (traitement des alopécies) ; par le Dr O. Lassar. *Therapeut. Monatshefte*, 1888.

VII. — **Mycosis fongoïde** ; par Dönitz et Lassar. *Virchow's Archiv.*, 1889, 116.

VIII. — **L'acné et son traitement** ; par le Dr Isaac. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.

III. — Le Dr Dock rapporte deux cas de lépre observés à Galveston, sur le golfe du Mexique, où la maladie est, semble-t-il, d'apparition nouvelle. La cause de la maladie dans les deux cas est inconnue : il est impossible de dire si les malades ont eu auparavant des relations avec d'autres lépreux : le fait ne paraît pas probable. M. Dock fait remarquer que Galveston se trouve située sur le bord de la mer, mais il ne peut voir dans ce fait une prédisposition réelle de maladie. Nous ferons cependant remarquer qu'en ce qui concerne l'Europe notamment, les foyers lépreux sont tous voisins de la mer, dont ils ne s'éloignent guère que de quelques lieues. Les malades de M. Dock ont depuis quelques années déjà continué de vivre avec leurs familles, et autour d'eux personne n'a été atteint. Il fait ressortir avec beaucoup de raison que le contact seul, même intime et prolongé, n'est pas une source de danger,et qu'il est un autre facteur bien plus important, c'est une solution de continuité dans les téguments, présentée par les deux sujets pour la pénétration du bacille d'un organisme dans l'autre.

IV. — L'auteur rappelle que Bufalini, le premier, en Italie, en 1879, a employé l'acide phénique dans l'eczéma impétigineux. Il l'a lui-même employé à la même époque. Il commence par faire tomber les croûtes, soit avec un cataplasme, soit avec de la glycérine ou de la vaseline, puis il applique sur l'eczéma des compresses imbibées d'une solution d'acide picrique (0,30 à 0,40 centigr. d'acide picrique dissous dans l'éther, solution à laquelle on ajoute 60 gr. de lanoline). Il se sert aussi de créoline (solution à 1 2 0/0). Après 4 ou 6 jours, la congestion cutanée diminue: la transsudation séro-purulente disparaît peu à peu et la guérison survient. D'après Cerasi, l'acide picrique agit comme anémiant local : c'est un médicament nervin qui abaisse la température locale et qui possède en outre des propriétés de cicatrisation.

Il n'a jamais observé, chez les enfants qu'il a traités, aucun symptôme d'intoxication.

V. — Après avoir rappelé quelques faits de décoloration ou d'hypercoloration avec pigmentation des téguments, développés sous une influence nerveuse, Cerasi mentionne le fait suivant :

Il s'agit d'un homme hystérique qui s'imagine avoir contracté la variole hémorrhagique auprès d'un ami. Il présente, en effet, sur diverses parties du corps, des taches sombres, symétriques, allongées ou ovales, non élevées, ni prurigineuses. L'éruption se fit à plusieurs reprises, et, chaque fois, le malade ressentait une sensation de froid ou de « torpeur locale ». Par moment, douleurs rhumatoïdes. Les taches devinrent brunâtres, en même temps que la peau desquamait en petites lamelles. La durée de l'éruption fut de deux semaines : ses suites disparurent en 40 jours. On ne pouvait penser, dit Cerasi, qu'à un pityriasis noir. Il n'existait aucun parasite, et l'auteur put se convaincre que les taches étaient dues à une extravasation sanguine : en les traitant, en effet, par une solution de ferrocyanure de potassium et d'acide chlorhydrique, il obtint la réaction du fer. En se basant sur les symptômes nerveux concomitants, sur la bilatéralité et la symétrie des plaques, l'auteur arriva à cette conclusion qu'il s'agissait d'un trouble vaso-moteur, d'un pityriasis nigra neurotrophique : la couleur des taches dépendait de l'hémoglobine extravasée.

Cette observation est intéressante : elle rentre dans la grande classe des angionévroses et, peut-être, croyons-nous, rapprochée du purpura angiopathique de certaines urticaires avec pigmentation, etc.

VI. — L'auteur s'occupe surtout de l'alopécie qui est la conséquence de la séborrhée sèche du cuir chevelu. Par suite de pityriasis capitis, les cheveux, on le sait, tombent peu à peu, et s'y l'on n'y prend garde l'alopécie finit par être définitive. Lassar recommande de faire savonner la tête avec du savon de goudron pendant quelques minutes. Puis on fait une friction avec la solution suivante :

Sel de bichlorure de mercure à 0,5 : 150	ãã 50 gr.
Glycérine	
Eau de Cologne	

On frictionne ensuite la tête avec la solution antiseptique de naphtol à 0 gr. 50 cent. pour 100 gr. d'alcool absolu et l'on termine par une onction avec :

Acide salicylique	2 gr.
Teinture de benjoin	3 gr.
Huile d'olive	100 gr.

Ce traitement est, on le voit, principalement dirigé contre la nature supposée parasitaire de cette variété d'alopécie. Lassar vante surtout le sublimé dans les diverses alopécies. Le sublimé exerce sur le développement des cheveux une action incontestable qu'il a pu suivre de la façon la plus nette sur le front d'une dame traitée par une solution de bichlorure en lotions. Après quelques semaines de traitement, on voit dans l'alopécie pityriasique la chute des cheveux s'arrêter, les démangeaisons et la production de squames cesser.

En combinant l'emploi des parasiticides à celui des graisses qui sont un excellent moyen de faire pénétrer les médicaments dans la peau, Lassar obtient de très bons résultats dans les autres alopécies et dans l'alopecia areata notamment. Il recommande la formule suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine	2 gr.
Chlorhydrate de quinine	4 gr.
Soufre précipité	10 gr.
Baume du Pérou	20 gr.
Moelle de bœuf	100 gr.

VII.—Après avoir rapporté une observation de mycosis fongoïde les auteurs rappellent les recherches bactériologiques de Rindfleisch et Hammer, de Vidal et Perrin, de Hochsinger et Schiff qui ont trouvé des colonies de Streptocoques. Les derniers auteurs cités auraient même cultivé les bactéries des tumeurs. Dans une préparation due à Rindfleisch les auteurs ont bien vu dans les lymphatiques de la tumeur et dans les nombreux capillaires des amas deStreptocoques qui semblent bien être la cause des néoformations, mais dans leur cas il leur a été impossible de trouver aucun microbe analogue. Le mycosis fongoïde reste une variété de sarcome dont des recherches expérimentales ultérieures éclaireront peut-être la pathogénie.

VIII. — Après des considérations générales sur l'acné, sa pathogénie et ses variétés, Isaac arrive au traitement. Il recommande la pâte naphtolée de Lower :

Naphtol	10 gr.
Soufre précipité	50 gr.
Savon noir	20 gr.
Vaseline.	20 gr.

On étend cette pâte sur les parties malades et, suivant l'intensité du processus, on la laisse d'une demi-heure à une heure. Le lendemain on remarque déjà une desquamation et une rétraction des parties malades avec une légère irritation. On continue quotidiennement jusqu'à ce que l'on ait obtenu une complète desquamation.

La résorcine est aussi une très bonne préparation sous cette forme:

Résorcine	
Oxyde de zinc	àà 5 gr.
Amidon	
Vaseline	10 gr.

Cette pâte détermine aussi une légère irritation cutanée.

Paul RAYMOND.

CORRESPONDANCE

Lettre de Suisse.

I. ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA MALADIE (1). — II. ACTION DES NOUVEAUX ANTIPYRÉTIQUES CHEZ LES ENFANTS. — III. EXTIRPATION PARTIELLE DU LARYNX. — IV. LES FEMMES A L'UNIVERSITÉ DE BALE.

Bâle, 24 mars 1890.

Monsieur le Rédacteur,

I. — Les électeurs de Bâle-Ville ont rejeté hier, à une forte majorité, un projet de loi d'assurance obligatoire contre la maladie, adopté, il y a quelques semaines, par le Grand Conseil de ce canton. Ce projet comportait la création d'une caisse d'assurance officielle, administrée par l'Etat, à laquelle était tenu de s'assurer tout habitant âgé de plus de 16 ans, jouissant d'un revenu de 1,200 à 2,200 francs. Le père de famille rentrant dans cette catégorie était en outre obligé d'assurer sa femme et ses enfants. La prime annuelle s'élevait pour le célibataire indépendant à 12 francs; le patron payait la moitié de la prime de ses ouvriers. Le père de famille payait personnellement la même prime, pour les autres membres de la famille celle-ci diminuait proportionnellement jusqu'au cinquième, dont la prime n'était plus que de 1 fr. 80 cent.; à partir du sixième, l'assurance était gratuite. En retour, l'Etat offrait gratuitement aux assurés les soins médicaux et les médicaments avec un séjour de treize semaines à l'hôpital, pouvant dans certains cas être prolongé jusqu'à vingt-six semaines. Le service médical était confié à un certain nombre de médecins nommés par le gouvernement. Le nombre des assurés aurait formé environ les deux tiers de la population, soit 47,000, l'autre tiers comprenant la classe aisée et les pauvres jouissant d'un revenu inférieur à 1,200 francs, qui sont soignés gratuitement par la policlinique.

L'opposition principale faite à ce projet est venue des membres des caisses d'assurances particulières fondées par les ouvriers et administrées par eux. Ils ont vu dans la concurrence de l'Etat la ruine de leur œuvre qu'ils ont défendue avec une énergie étonnante.

Pour les médecins, ce projet de loi avait une importance toute particulière, en ce qu'il portait une grave atteinte à la liberté du corps médical. Les médecins de la caisse devenaient, en quelque sorte, des employés de l'Etat, nommés ou destitués selon le bon plaisir du gouvernement. Tout médecin indépendant aurait refusé d'accepter ce joug, et, d'ailleurs, au bout de peu de temps, nous aurions eu une classe spéciale de médecins de second ordre que la nécessité aurait poussés à se mettre au service de l'Etat.

II. — Le Pr Hagenbach a présenté à la *Société de médecine de Bâle* un travail sur l'action des nouveaux antipyrétiques dans le traitement des affections fébriles et spécialement du typhus chez les enfants. Depuis 23 ans, époque où il étudiait avec Liebermeister l'action des bains froids sur la marche de la fièvre, ses idées sont restées à peu près les mêmes. Les bains froids n'abrègent peut-être pas la durée de la maladie, mais ils ont une influence des plus favorables sur la convalescence. Il est cependant d'avis que les antipyrétiques doivent être employés concurremment avec les bains. En outre, ceux-ci, à l'inverse de ce que l'on croyait au début, ne doivent être ni trop fréquents, ni trop prolongés; le bain tiède refroidi graduellement est préférable au bain froid.

Jusqu'à 1885, il avait l'habitude d'ordonner la quinine à côté des bains froids. A cette époque, il a commencé à se servir de l'antipyrine, plus tard de l'acétanilide et de la phénacétine. En quatre ans, il a eu 94 cas de typhus traités de cette manière, avec 2 cas de mort. Ce résultat est des plus encourageants, comparé aux grandes statistiques étrangères, où la mortalité du typhus chez les enfants varie de 6 à 12 0/0.

Dans 33 cas, les malades ont reçu de l'antipyrine à côté des bains. La dose pour un enfant de 2 à 5 ans est de 0,5 à 1,0 gr. et s'élève graduellement pour atteindre de 1,0 à 3,0 gr. chez un enfant de douze ans. On administre le médicament le soir, de préférence à petites doses. Les rémissions de température sont très satisfaisantes. Malgré cela, M. Hagenbach a abandonné presque complètement l'antipyrine à cause de son action délétère sur l'estomac. Les malades ont souvent des nausées et perdent l'appétit, sans parler de leur répugnance à prendre le médicament. Les résultats obtenus avec l'acétanilide dans 27 cas sont sensiblement meilleurs. La dose varie de 0,1 à 0,2 gr. pour un enfant de 3 ans et de 0,1 à 0,3 gr. pour un enfant de 12 ans. La rémission de température s'est toujours produite, même à de très faibles doses. Elle est, en général, très forte, de 3 à 4°, et dure 9 heures et plus. A petites doses, il est rare que l'on observe des frissons ou de la cyanose; les nausées sont une exception. La phénacétine, administrée en doses de 0,1 à 0,2 gr. pour un enfant de 2 ans et de 0,3 à 0,5 gr. pour un enfant de 12 ans, donne de moins bons résultats. Les rémissions de température sont satisfaisantes, mais elles ne se produisent pas toujours. En outre, les malades sont assez fréquemment pris de frissons ou de cyanose, et dans quelques cas ce médicament a provoqué une éruption cutanée très désagréable. C'est donc à l'acétanilide que nous devons avoir recours dans le traitement du typhus infantile; son action est sûre, et l'on n'a pas à craindre de complications désagréables lorsqu'on l'administre à petites doses.

III. — M. le Pr Socin a présenté un malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation partielle du larynx pour un cancer. Ce cas est particulièrement intéressant en ce qu'il offre une analogie frappante avec l'affection restée célèbre de l'empereur d'Allemagne, Frédéric.

Il s'agit d'un agriculteur de 60 ans, de robuste constitution, chez lequel l'affection débuta au mois de juillet 1885 par de l'enrouement et une difficulté respiratoire croissante, qui le força bientôt à consulter un médecin. Celui-ci constata l'existence d'une tumeur dans le larynx et envoya le malade à l'hôpital de Bâle. L'examen laryngoscopique révéla l'existence d'une tumeur ulcérée à sa partie supérieure et siégeant sous la corde vocale, à la partie gauche et postérieure de la glotte. A la phonation, la tumeur se plaçait entre les cordes vocales, dont la droite était hypérémique, la gauche ulcérée et rétrécie. Le 6 novembre, M. Socin fit la trachéotomie supérieure avec énucléation d'un petit goitre colloïde et introduisit une canule de Luer dans la trachée. Une pleurésie, qui survint quelques jours après et ne se résorba que lentement, retarda le second acte de l'opération. Le 2 décembre, il procéda à l'extirpation unilatérale du larynx. Une canule de Trendelenbourg ayant remplacé la canule de Luer, et le cartillage thyroïde ayant été incisé, il se trouva en présence d'une tumeur de la grosseur d'une fève, à base large fortement adhérente au cartillage thyroïde gauche. Il extirpa celui-ci avec le cartilage aryténoïde gauche et le bord supérieur de la partie postérieure du cartilage cricoïde. L'examen anatomique confirma le diagnostic de cancer posé avant l'opération. Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 7 janvier on enleva la canule, le patient pouvait avaler sans peine. Il quitta le service le 22 février. A cette époque il n'y avait pas trace de récidive, la respiration était bonne; le patient parlait d'une voix enrouée, mais distincte. La phonation se produit par un repli de la muqueuse venant de derrière s'appliquer contre l'épiglotte (1).

IV. — Après avoir reçu de la presse de la Suisse française une série de leçons de galanterie, l'Université de Bâle s'est décidée à rompre avec l'antique tradition germanique et à accorder un asile dans ses murs aux jeunes filles munies d'un

(1) Nous attirons spécialement l'attention de nos lecteurs sur ce sujet. C'est là une question d'importance capitale qui touche de très près à celle de l'assistance médicale gratuite (*N. de la R.*).

(1) A rapprocher de ce qu'a dit M. Schwartz à la dernière séance de la *Société de Chirurgie* (voir plus haut, p. 251).

certificat de bonnes mœurs et d'un brevet de maturité suisse. Quoique l'on se soit parfaitement rendu compte que l'époque où nous vivons exigeait cette concession, on a longtemps hésité à la faire, et cela pour plusieurs raisons. Depuis plusieurs années, les Universités suisses sont devenues le refuge d'éléments politiques étrangers, turbulents, quelquefois dangereux, ayant à plusieurs reprises été la cause de réclamations diplomatiques. Les femmes jouent un rôle important dans cette agitation. Bâle en avait jusqu'à présent été préservé, et les étudiants suisses, que ce voisinage incommodait, étaient heureux de venir y étudier tranquillement. En outre, le Suisse allemand, si vaillant devant son pot de bière, est timide et tremblant en présence d'un jupon. Aussi a-t-on hésité à ouvrir la lice aux femmes qui vont trouver, dans nos fils des Muses, une proie facile et peu préparée à la lutte. L'innovation aura peut-être ce bon effet, qu'en vertu de la loi de l'adaptation, elle complètera, d'une façon heureuse, l'éducation sociale des étudiants Bâlois (1).

Recevez, Monsieur le Rédacteur, etc. A. JAQUET.

BIBLIOGRAPHIE

Lychnis flos Cuculi dans les affections graveleuses du rein et de la vessie; par le Dr G. E. J. GREENE DE TERNS.

Un médicament réellement efficace contre la gravelle rénale et les désordres urinaires qui en sont la conséquence doit trouver une place dans la thérapeutique médicale. « La plante qui m'a donné toute satisfaction, dit l'auteur, dans les cas de ce genre, appartient à la famille des Caryphyllées. Elle croît dans les terrains humides et se reconnaît facilement à ses fleurs dentelées d'un rose délicat que supportent des tiges abondamment pourvues de feuilles opposées, étroites, à fines pointes. Elle porte le nom de *Lychnis flos cuculi*. Ayant entendu vanter ses propriétés thérapeutiques par un vieux botaniste, mon voisin, j'en fis l'essai, sans grande foi, mais je fus bientôt convaincu de son efficacité. Le *modus operandi* est très simple. Prenez deux poignées de la plante entière, coupez bien fin et mettez dans un demi-litre environ de lait sucré. Faites bouillir pendant 15 minutes, laissez refroidir, filtrez et prenez la moitié de cette dose le soir et le reste le matin à jeun. Deux de ces doses donnent ordinairement beaucoup de soulagement.

J'ai fait préparer de cette plante un extrait liquide exactement titré par MM. Burroughs Uillarne et Cº, de Londres, et pratiquer l'analyse de la plante, dont voici les résultats :

Par éther, pétrole, extrait : 3,188, huile fixe, chlorophylle.
Par éther éthylique, extrait : 2,848, corps résineux.
Par alcool, extrait : 24,612, corps résineux, tannin.
Par eau, extrait : 8,240, contient de la saponine, cendres 2,96.
Par alcalis, extrait : 1,460.
Par acides, extrait : 3,910.
Fibre insoluble pour la différence, extrait : 55,932, donnant cendres 3,458. »

La plante entière donne 10.75 0/0 de cendres, elle contient 59.1 0/0 de produits solubles et 40.9 0/0 de produits insolubles dans l'acide chlorhydrique. La portion soluble contient du fer, de la silice et de l'alumine, la portion insoluble des phosphates et de la silice. L'extrait alcoolique réduit fortement la liqueur de Fehling, mais perd cette propriété quand on le traite par l'hydrate de plomb. Il n'est pas certain que ce pouvoir de réduction soit dû au tannin. L'analyse a donné une quantité minuscule d'une substance qu'on croit être un alcaloïde. Elle donne, en effet, une teinte jaune avec le phosphomolybdate, brune avec le réactif triodurè, jaune avec le réactif Nessler ; l'acide sulfurique fournit une teinte rouge sombre qui passe au jaune par l'ammoniaque. L.-R. REGNIER.

(1) Tous nos compliments, en notre qualité de parisien, à l'Université de Bale. On se rappelle que nous avions déjà, lors d'un récent voyage en Suisse, attiré l'attention de nos lecteurs sur l'exclusion des femmes à l'Université de Bâle; nous sommes heureux de voir disparaître une anomalie étonnante dans un pays comme la Suisse. M. B.

Du Transformisme et de la génération spontanée; par Ch. ROHAUT. Préface de M. le Pr PETER. — Paris, 1890.

M. Rohaut — et M. Peter l'approuve — n'admet pas ce que tout le monde admet aujourd'hui. Pour lui, la génération spontanée existe, quoiqu'on en ait dit, et toutes les expériences qu'on a faites jusqu'ici ne sont pas suffisantes pour démontrer qu'elle n'est pas possible. Soit ! Et si M. Rohaut se bornait à dire que jusqu'à présent, dans les expériences tentées, la génération spontanée n'a pas été possible à constater et qu'en somme on n'invoque que des expériences négatives pour en nier la possibilité, nous serions de son avis. Oui, certes, la génération spontanée est fort possible et il est loin d'être absurde d'y croire. Mais il faudrait en faire la preuve, pour nous convaincre tout à fait. Que M. Rohaut surtout ne se figure pas qu'il l'a donnée, cette preuve ! Les arguments qu'il invoque n'en sont pas et une toute petite expérience, très positive celle-là, vaudrait beaucoup mieux que toutes ses considérations philosophiques. Toutes ces belles tirades, ce ne sont que des mots et rien que des mots placés les uns derrière les autres, comme les figurants au Châtelet. Tout pour l'œil et pour l'oreille ; rien pour le cerveau (1). M. Peter a cru bon d'applaudir des deux mains, puisqu'il s'agissait de défendre la cause qu'il croit sacrée (la guerre aux microbes !), et en même temps a profité de l'occasion pour attaquer l'adversaire le plus actif de la génération spontanée, le créateur des doctrines microbiennes. Des goûts et des couleurs on ne discute pas. M. B.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

LES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES (*suite*) (2).

I. — Première vitrine.

(*Moulages. — Etudes du Laboratoire. — Analyses anatomiques et morphologiques. — Anthropologie criminelle française. — Crânes anormaux*).

Dans la première vitrine nous trouvons, en haut, les moulages de la Société d'autopsie mutuelle, dont le Dr Coudereau est le fondateur, et le Dr Fauvelle, le président. Il y a là les cerveaux de Gambetta, Ad. Bertillon et L. Asseline, moulés par M. Chudzinsky. Les études du laboratoire d'anthropologie sont de MM. Hervé et Manouvrier, au stéréographe de Broca. La réunion Lamarque, fondée par M. Paul Nicole et présidée par M. G. de Mortillet, expose des portraits et autographes du grand transformiste. MM. G. Hervé et Ph. Chudzinsky nous montrent des cerveaux de primates, grandis trois fois, pour l'étude de la morphologie comparée de cet organe. Les cerveaux des gorille, ouistiti, chimpanzé, orang, gibbon, macaque, homme, sont représentés avec leurs circonvolutions correspondantes coloriées d'une même teinte. Quatre pièces de M. Chudzinsky nous montrent la topographie cérébrale. Puis un cerveau de crétin et deux moulages de microcéphales. Le Dr Doutrebente, de l'hospice de Blois, expose des dessins originaux faits avec le stéréographe de Broca du crâne de Nini, idiote microcéphale, âgée de 55 ans. Il a fourni également à M. Manouvrier le sujet de l'analyse du cerveau de Mazarin, nain rachitique de Blois. M. Chudzinsky, l'habile conservateur du musée de l'école d'anthropologie, expose les moulages suivants : mains de Cynghalaise, de négresse, d'un microcéphale, d'un Bochiman ; pieds d'une Chinoise, d'un Japonais, d'un Indien de l'Amérique du Sud, d'un Annamite, montrant l'écartement du gros orteil ; une tête de négresse Yolof et une autre du Sénégal ; pièces d'anatomie du cerveau. MM. Mathias Duval et G. Mahoudeau montrent des préparations et des coupes à la parafine, collées au moyen de leur procédé à l'albumine. Ces coupes histologiques de circonvolutions cérébrales font voir les groupements cellulaires des régions motrices. La façade

(1) Il y a des passages curieux dans ce petit livre ; l'auteur admet, *sans discussion aucune*, l'existence des *pluies* d'animaux, de grenouilles, etc..., comme s'il en pleuvait ! Ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'on n'ait pas trouvé les grenouilles toutes fricassées. Il a le courage de se demander si des grenouilles pourraient bien naître dans les nuages (p. 88) ! Qui est vraiment dans les nuages ?

(2) V. *Pr. méd.*, nº 24, tous les suivants de 1889 et nº 1, 4, 5, 7, 8, 9 et 11, 1890.

opposée de cette vitrine contient les moulages de Rivière, Pranzini et Frey, par M. Chudzinsky; puis, du même, les moulages des cerveaux de Lemaire, Campi, Menesclou, Prevost; les crânes de Lemaire, Gagny, Marchandon, d'un assassin de Montpellier, le tout du musée Broca. Les analyses du cerveau ont été faites par M. Manouvrier au stéréographe Broca. Plus bas, des moulages de fœtus de macaque, magot, gorille, et des pièces représentant des anomalies des fléchisseurs du pied; puis un foie de gorille et un autre de cercopithèque (moulages de M. Chudzinsky). Le rayon contigu nous montre des moulages de l'assassin Barré, d'un sorcier compagnon d'Atai, chef de l'insurrection de la Nouvelle-Calédonie, d'un pirate chinois décapité à Macao. M. Manouvrier a fait l'analyse cérébrale topographique du cerveau de Prevost; il expose encore des variétés de platycnémie. De M. Chudzinsky voici d'autres moulages : des anomalies musculaires; des muscles peauciers de la face d'un sorcier Néo-Calédonien, de la face de l'homme blanc, de la face chez un gorille, et de la face d'un Néo-Calédonien ; d'une anomalie du foie chez un microcéphale; des viscères d'un orang-outang et des organes splanchniques d'un orang adulte. A ces pièces d'anthropologie anatomique s'ajoutent les moulages d'une négresse Kéruca, d'un jeune Bochiman et d'Ataï. Cette vitrine contient encore du musée Broca les types de crânes anormaux suivants : plagiocéphale, clinocéphale, hydrocéphale, acrocéphale, scaphocéphale et microcéphale.

II. — Deuxième Vitrine.

(Objets préhistoriques sériés. — Crânes précolombiens. — Enseignement. — Travaux anatomiques).

Dans la deuxième vitrine, nous trouvons d'abord le préhistorique en séries, par époques, du quaternaire à la période néolitique inclusivement. La collection Fr. Dabeau et G. Chauvet nous montre la superposition et la juxtaposition des époques du moustérien et du magdalénien. Le Dr Marcano, l'historien de la période précolombienne, expose des crânes précolombiens du Venezuela et un encéphale momifié de la même époque. Les déformations artificielles du crâne sont représentées par leurs principaux types, ainsi que les exemples si curieux des trépanations chirurgicales et *post mortem*. Signalons le compas calculateur de M. P. Bonnier et une série de photographies de types de races par Mme Sevrine Duchinska. M. le professeur M. Duval expose ses magnifiques figures anatomiques du développement embryogénique du poulet. Enfin l'Ecole d'Anthropologie nous montre quelques-uns de ses moyens d'enseignements graphiques et la Société, ses publications.

III. — Troisième Vitrine.

(Expositions collectives paléolithiques et néolithiques).

La troisième vitrine est affectée spécialement à la préhistoire. Le mode d'exposition, qui est collective, est heureux. Le Dr Capitan a là une belle collection démonstrative du travail de la pierre néolithique à l'époque de ce nom. Un moulage commence par nous montrer le procédé initial de la fabrication des lames paléolithiques; il y en a de très grandes de l'industrie du Grand Pressigny ; puis s'alignent les pointes, perçoirs, fusaïoles, couteaux, scies à encoches, tranchets, grattoirs, retouchoirs, broyeurs ; puis encore les percuteurs et nucléi néolithiques, les divers types de pointes de flèche et les haches néolithiques ébauchées, retaillées et repolies après l'usage. La collection A. de Mortillet nous montre le travail de l'obsidienne à l'île de Milo (Grèce), et M. Capitan continue par les types de silex des époques chelléenne, moustérienne et solutréenne : pointes types de Solutré, perçoirs, scies, burins simples et doubles, et le travail de la pointe solutréenne par pression. Signalons la collection de silex de M. Doigneau, et, comme exemple d'explorations complètes : les fouilles du dolmen de Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne) par M. Thieullen, ainsi que celles de la Grotte des Fées, à Arcy-sur-Cure (Yonne), et de la grotte du Trilobite (*id.*), par le Dr Ficatier. Voici un rayon de l'exposition collective de MM. D'Ault du Mesnil, Capitan, Collin, A. de Mortillet, Salmon, qui nous montrent un chapitre de minéralogie palethnologique, c'est-à-dire les roches diverses : granite, syénite, obsidienne, quartz pur, agate, silex, etc., qui ont servi à la confection des objets préhistoriques. Puis un chapitre d'archéologie protohistorique de MM. Capitan, A. de Mortillet, Eug. Piketty, Salmon, exposant divers objets de l'âge du bronze, Larnaudien et Morgien, avec ses haches à talon, ainsi que des haches votives en bronze impur de la fin de l'époque. De l'autre côté de cette vitrine nous voyons les expositions collectives de MM. Salmon, D'Ault du Mesnil, A. de Mortillet, Collin, Fainaux, Rames, Ficatier, Capitan, Piketty. En haut, la faune des grottes quaternaires, Les Fées (Yonne); puis les silex moustériens et acheuléens passant au moustérien, de la Dordogne, Seine-Inférieure, Haute-Garonne, de l'Aisne et des Côtes-du-Nord; les silex du chelléen typique de Chelles (vallée de la Seine) et ceux, tertiaires, du miocène supérieur, du Puy-Courny (Cantal). Plus loin — nous suivons l'ordre des rayons et non la chronologie — les objets de transition du quaternaire au néolithique de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique. Le quaternaire des grottes de l'époque magdalénienne est représenté par les fouilles de Bruniquel (Tarn-et-Garonne), de la Madeleine (Dordogne), de la vallée de la Vezère (*id.*), des Eyzies (*id.*), d'Exideuil (*id.*), des Fées et d'Arcy-sur-Cure (Yonne); celui des grottes de l'époque solutréenne par les produits des fouilles de Laugerie-Haute (Dordogne), et le quaternaire solutréen en plein air par des objets de Solutré (Saône-et-Loire). Le néolithique des grottes, époque campinienne : fouilles des départements de l'Yonne, du Calvados, de la Dordogne, de l'Oise, de Seine-et-Oise, de Vaucluse, de la Somme, etc., celui de plein air : Vendeurs (Yonne). Le néolithique des dolmens, époque carnacéenne, est représenté par des silex de Carnac (Morbihan), de la Seine, de l'Yonne, etc., en outre, par des modèles réduits de monuments mégalithiques de l'époque. Puis le néolithique de la surface, époque robenhausienne, avec des instruments de France, d'Algérie, de Suisse et d'Italie. Il y a du robenhausien des alluvions comprenant des objets tels que casse-tête, poids de filet, retouchoirs; il y a des silex, harpons, andouillers etc.; des alluvions des environs de Paris, de la Seine, de l'Yonne, de Seine-et-Oise. Puis encore le néolithique lacustre, robenhausien de Suisse avec ses belles haches polies et d'autres engagées dans des os; enfin, une collection de poterie de l'époque trouvée à Vermont, Saint-Morée (Yonne).

IV. — Quatrième Vitrine.

(Collections anthropo-ethnographiques).

La quatrième et dernière vitrine abrite la collection riche d'amulettes de M. A. de Mortillet. Gris-gris du Sénégal, rosaires musulmans et autres, mains d'ali, fer à cheval, ex-voto, sou troué, poing cornu de jettatore napolitain, etc., etc.; puis encore les amulettes et ex-voto de M. L. Bonnemère, assemblés en nombre, ne peuvent manquer de continuer à porter bonheur aux recherches fructueuses des deux savants sur la préhistoire, ce que nous leur souhaitons, à défaut de baguette magique. M. G. de Mortillet expose, dans la même vitrine, une bien intéressante collection de fruits et de graines de la préhistoire et de la plus haute antiquité. Il y a là, soigneusement étiquetés et de provenance bien établie : des grains de blé, seigle, avoine et fausse avoine, lin, du maïs et de l'orge; des graines de légumineuses, du pavot, de l'olive, de la pomme, datte, mûre, etc., tous fruits de l'époque robenhausienne, morgienne, larnaudienne, romaine et du moyen âge. Cela est fort intéressant à étudier au point de vue de l'antiquité des céréales et autres plantes cultivées. De l'autre côté de cette vitrine, nous voyons la collection Clément-Rubbens des divinités de l'extrême Orient, relative à l'histoire des religions. Ensuite la collection Eugène Bobant de silex de la période pré-colombienne de l'Amérique du Nord; des objets ethnographiques, ornements de femme, bracelets, etc.; des objets de l'âge de la pierre au Cambodge, station lacustre de Som-Rong-Sen; des poteries d'Algérie et enfin une petite collection d'objets ethnographiques des Négritos de la presqu'île malaie de M. de Morgan et une autre des tribus pré-pamiriennes de M. Capus.

B. — TABLEAUX ANTHROPOLOGIQUES.

(Schémas et Statistiques).

Il faut signaler finalement la présence de tableaux anthropologiques résumant graphiquement des travaux importants, des recherches laborieuses. M. Manouvrier expose les tableaux suivants : Etudes sur le cerveau de Gambetta et celui de Bertillon ; capacité du crâne chez des Parisiens quelconques

(assassins et hommes distingués); poids de l'encéphale chez les Parisiens; taille moyenne des conscrits dans vingt arrondissements de Paris; études sur la platycnémie, profils encéphaliques endocrâniens chez le gorille et l'homme; mesure analytique de la plagiocéphalie; os wormiens endocrâniens; diverses quantités anatomiques et physiologiques comparées entre elles et dans les deux sexes. M. Ferraz de Macedo a étudié la capacité crânienne. Le Dr Magitot : Carte de la répartition de la secte des Skoptzy de la Russie; carte de la répartition géographique des mutilations céphaliques en France; de la répartition géographique du tatouage sur le globe terrestre; de la répartition géographique des mutilations dentaires; de la répartition sur le globe des déformations céphaliques. M. Ph. Salmon : Indices céphaliques de 48 sépultures néolithiques d'après les races humaines préhistoriques du même auteur. Rapport numérique de la brachycéphalie avec la dolychocéphalie dans 25 sépultures néolithiques. M. A. Bertillon : tableau des études anthropométriques des populations de la France et des pays limitrophes (indice céphalique, couleur des yeux, longueur du pied, taille). Le Dr Chervin expose une étude de statistique sur le bégaiement en France, et M. L. Durand une statistique sur le mouvement quinquennal dans différents départements.

(*A suivre*). G. Capus.

VARIA

Séquestration d'enfants dans un but scientifique.

(*Etude du langage primitif de l'Homme*).

Voici une bonne histoire que raconte le *Temps*; oyez plutôt. Le comte Zorouboff, médecin à Berlin, vient d'être poursuivi, mais acquitté, pour avoir séquestré des enfants. Depuis plusieurs années, en effet, il tenait enfermés et isolés de la façon la plus absolue d'avec le reste du monde quatre enfants d'un âge peu avancé. Ces enfants, qui étaient confiés à la garde d'une gouvernante sourde et muette et qui vivaient enfermés dans un appartement, avaient été achetés par ce médecin à des parents dénués de toutes ressources. Zorouboff, dont la tentative va rester célèbre, se proposait d'étudier chez ces enfants les instincts primitifs de l'homme. Malheureusement l'affaire a été ébruitée et l'expérimentateur a été traduit devant les tribunaux. Comme il a pu démontrer qu'à part cette question de l'isolement radical, les enfants avaient été traités avec les plus grands égards, il a été acquitté. Mais le médecin a dû prendre à sa charge les frais d'éducation des enfants. Au point de vue scientifique *exclusivement*, il est regrettable que cette tentative hardie et originale n'ait pas abouti. Au point de vue humanitaire, cependant, il vaut peut-être mieux qu'elle n'ait pas pu être continuée.

L'idée du médecin berlinois n'est certes pas nouvelle, mais son expérience l'est peut-être. Il est, en effet, assez difficile d'admettre la véracité du conte à dormir debout que raconte à ce propos le vieil Hérodote. Il affirme, on s'en souvient, qu'un pharaon essaya de faire nourrir deux enfants dans l'isolement le plus complet, au haut d'une tour.

M. Zorouboff a remarqué, dit-on, que les enfants séquestrés et élevés par la sourde-muette ne parlaient pas. Le fait est intéressant, s'il est exact, quoique le contraire eût été étonnant. Mais, en définitive, l'expérience n'avait jamais été faite et on en saura gré à l'expérimentateur. Les enfants, ajoute-t-on, proféraient seulement une sorte d'aboiement et se jetaient sur la nourriture à la façon des animaux. On nous permettra de douter sur ce point; au fait, la gouvernante se rapprochait peut-être beaucoup..... de la bête. M. B.

Statistique des Etudiants en médecine de la Faculté de Paris.

Voici les chiffres officiels au 15 octobre 1889 :

1re année, 1.067	3.894	Femmes : 121	14 Françaises		
2e année, 481			93 Russes	107 Etrangers.	
3e année, 616			9 Anglaises		
4e année, 317			1 Américaine		
5e année, 1.313			1 Autrichienne		
			1 Grecque		
			1 Serbe		
			1 Turque		
		Hommes: 3.773	3.151 Français.		
			622 Etrangers.		

Au total, 729 Etrangers et 3,165 Français.

L'antisepsie des matériaux de construction.

Après avoir poursuivi les microbes dans l'eau de boisson et dans les poussières des habitations, il était naturel qu'on arriva à les chercher dans les matériaux mêmes de construction, qui jouent évidemment un rôle important dans la constitution de l'atmosphère où nous passons une grande partie de notre existence. Il y avait en effet toute raison de supposer que le platre, qui est gâché avec une eau fréquemment souillée par des microbes pathogènes, était susceptible de devenir l'origine de poussières dangereuses, à moins toutefois qu'il n'eut la propriété de détruire les microbes. Or, M. Victor Boret, qui a entrepris sur ce sujet une série de recherches fort complètes (*Annales de Micrographie*, décembre 1889), a constaté non seulement que le gypse en poudre, dont on fait les plâtres de nos murs et les plafonds, n'est pas stérile avant d'être brassé, mais encore qu'il laisse intacte la vitalité des microbes qu'on ajoute à son brassage. De même, d'autres matériaux de construction, la pierre poreuse, la molasse par exemple, dont la porosité égale presque celle du gypse, peuvent s'imbiber de liquides et absorber les germes qui y sont contenus. Quant aux bois, il est clair que les bois durs très peu poreux ne sont guère susceptibles d'imbibition, surtout lorsque leur surface est revêtue d'un vernis ou d'un enduit quelconque. Le bois de sapin, employé surtout pour les charpentes et boiseries, tant qu'il n'est pas trop ancien et qu'il contient encore une grande quantité de matières résineuses, se montrerait, d'après M. Bovet, assez réfractaire à l'absorption des microbes; mais il n'en est pas de même du bois plus ancien, moins riche en résine, et souvent criblé de fissures; on pourrait en effet trouver des microbes vivants même dans des particules de bois de ce genre prises à 1 ou 2 millimètres de profondeur. Enfin il est évident que les draperies et les tapisseries, qui font réellement partie de nos bâtiments, peuvent devenir de véritables nids à microbes et que nos papiers peints, tant à cause de la porosité du papier lui-même que par la présence de l'empois peu aseptique avec lequel ils sont fixés, n'offrent qu'une faible garantie au point de vue de la salubrité de nos appartements.

Pour lutter contre ces sources d'infection on a proposé de laver les planchers et les murailles avec une solution de sublimé au millième; mais il est évident que l'on ne saurait tolérer l'emploi du sublimé pour la désinfection des locaux habités, pas plus qu'on ne tolère l'usage du vert de Schweinfurth pour les papiers peints. De même, il faut renoncer à l'emploi des substances volatiles, telles que le thymol, ou de celles qui altèrent les matériaux de construction, comme l'acide salicylique, qui communique au gypse une teinte rouge, et détériore la plupart des couleurs employées pour la peinture en bâtiment et les papiers peints. Après de nombreux essais, M. Bovet s'est arrêté au procédé suivant, qu'il serait facile d'employer en grand. Au lieu d'eau ordinaire, il emploie, pour gâcher le plâtre, une solution saturée (à 5 0/0) de salicylate de zinc, qui est un antiseptique de 1er ordre. Le platre ainsi traité se prend bien, devient dur, et sèche facilement. Il se colore seulement très légèrement de rose, mais cette coloration disparait sous l'influence de la lumière du soleil. Il contient d'ailleurs 2 0/0 de salicylate de zinc, une partie de sel employé ayant été transformée en salicylate de chaux. M. Bovet a fait des ensemencements avec ce gypse, qui s'est montré parfaitement antiseptique. Pour le bois, l'auteur a eu recours à l'imprégnation par immersion, mais il est évident que le procédé ne serait applicable qu'aux pièces de dimensions restreintes, et que pour les poutres et les grandes planches, il faudrait avoir recours à un badigeonnage abondant et plusieurs fois répété. Enfin, le salicylate de zinc en solution à 4 0/0 pourrait être également employé pour rendre antiseptique les papiers de tentures, les draperies et les tapisseries dont il n'altère pas les couleurs. Reste la question du prix de revient d'un tel procédé. Le salicylate de zinc coûtant environ 7 fr. 50 le kilogramme, la stérilisation de 30 quintaux métriques de gypse, nécessaires à une construction de dimension moyenne, plus celle des boiseries et charpentes, s'élèverait à peine à 800 ou 900 francs, soit environ 2 0/0 du coût total de la construction. Il faudrait, en effet, employer de 100 à 120 kilog. de salicylate de zinc.

On voit que ce procédé serait, en somme, très pratique, et il serait bon de l'employer dès à présent dans les casernes et les hôpitaux, où les chances d'infection sont si grandes.

(*Rev. Scient.*)

La médecine a la Chambre des députés. — Cette semaine, trois propositions ont été soumises à la Chambre des députés qui les a prises en considération. Ces propositions sont relatives : *à l'assainissement des logements insalubres*; — *à l'organisation des services d'hygiène publique*; — *aux moyens d'assurer la répression des contraventions aux règlements sur les établissements dangereux, incommodes ou insalubres*. Ces propositions émanent de M. Lockroy.

Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

(*Programme des concours pour les années* 1889-1890).

1° Prix Seutin. — (*Deux questions de chirurgie*). — *Première question : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.* Prix : Une somme de 500 francs. *Deuxième question : De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau.* Prix : Une somme de 500 francs.

2° Prix Dieudonné. — (*Question de médecine*). — *Troisième question : Faire l'histoire du diabète pancréatique en insistant sur la physiologie pathologique de cet état et sur le traitement.* Prix : Une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

3° Question mise au concours par la Société. — *Quatrième question : Etudier l'influence de la température sur la marche, la durée et la fréquence de la caryocinèse dans un exemple emprunté au règne végétal.* Prix : Une médaille d'or de la valeur de 200 francs. — La Compagnie se réserve d'accorder des médailles d'une valeur à fixer à ceux des concurrents qui, sans avoir mérité le prix, auraient cependant présenté un travail digne de l'insertion dans l'un des journaux de la Société. Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être adressés au Secrétaire de la Société, M. le docteur Stiénon, rue du Luxembourg, 5, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1890. Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté contenant les noms, qualités et domicile de l'auteur et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise ou de l'épigraphe inscrite en tête du mémoire. Tout manuscrit envoyé à la Société devient sa propriété ; tout mémoire couronné sera imprimé soit en entier, soit en partie, dans l'un des journaux publiés par la Compagnie, et l'auteur aura droit à 100 exemplaires tirés à part de son travail.

Congrès de la Société Balnéologique à Berlin.
(7-10 mars 1890).

Ce Congrès s'est ouvert le 7 mars dernier sous la présidence de M. le Dr Liebreich. Un grand nombre de communications y ont été faites. Nous citerons : *Neurasthénie et maladies du cœur*, par Schott ; — *Hémorrhagie cérébrale et obésité*, par Kisch ; — *Régularisation de la température et pathogénèse*, par Winternitz ; — *Les sels d'argent en injections sous-cutanées dans le tabes*, par Rosenbaum ; — *Névroses cardiaques*, par Grœdel ; — *Symptomatologie des névralgies*, par Jacob, etc., etc.

Une Jeûneuse.

Il existe, dans une petite localité de la Dordogne, à Bourdeilles, une femme nommée Marie Bouriou, qu'on appelle « la Jeûneuse ». Il s'est créé dans le pays, dit l'*Avenir de la Dordogne*, autour de cette femme, toutes sortes de légendes extraordinaires. Les allures de Marie Bouriou n'ont rien absolument qui dénote une fanatique. Elle dit même très volontiers qu'elle s'occupe fort peu des curés. En somme, la seule certitude que puisse donner l'*Avenir*, au sujet de « la Jeûneuse », c'est qu'elle est strictement surveillée depuis quinze jours et que, depuis ce temps, elle n'a absorbé aucune nourriture. Elle se rince simplement la bouche avec de l'eau dont elle n'absorbe pas une goutte. Il y a quelques jours, Marie Bouriou était malade et très affaiblie ; mais elle s'est remise sans suivre aucun traitement, et aujourd'hui rien ne laisse supposer, à son aspect, que l'on se trouve en face d'une personne n'ayant rien mangé depuis quinze jours très certainement. La « Jeûneuse » est plutôt maigre, mais elle n'est ni étique ni décharnée.

Nous prions nos lecteurs de la Dordogne de nous renseigner sur cette jeûneuse et les en remercions d'avance.

Circulaire relative aux précautions à prendre, dans les Lycées et Collèges, à l'égard des élèves atteints de maladies contagieuses.

Monsieur le Recteur,

Dans des circulaires en date des 25 septembre 1882 et 1er mars 1888, deux de mes honorables prédécesseurs, après avoir pris l'initiative de l'Académie de médecine, vous ont fait connaître la durée de la période d'isolement à laquelle doivent être soumis les élèves des Lycées et Collèges atteints de certaines maladies contagieuses, ainsi que les précautions à prendre, tant au point de vue de leur rentrée dans l'établissement que pour l'assainissement des locaux qu'ils ont occupés et des objets d'habillement et de literie dont ils ont fait usage pendant leur maladie. Ces prescriptions, j'en suis convaincu, n'ont pas été perdues de vue. Toutefois, à la suite d'une nouvelle communication qui m'a été adressée par l'Académie de médecine, je crois utile de les rappeler aux chefs d'établissements et de signaler en même temps à leur attention les mesures à prendre pour deux affections également contagieuses qui peuvent présenter des dangers pour la salubrité des établissements d'instruction publique de tout ordre, et dont il n'était pas question dans les circulaires rappelées plus haut.

Maladies déjà signalées. — 1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphtérie ou de la coqueluche seront strictement isolés de leurs camarades; — 2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion); elle sera de 40 jours pour la variole, la scarlatine et la diphtérie; de 25 jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche, dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que 30 jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques; — 3° Pour les maladies éruptives (variole, varicelle, scarlatine, rougeole), l'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales huileuses, portant même sur le cuir chevelu; — 4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression, ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés; — 5° La chambre qui avait été occupée par le malade devra être bien aérée. Les parois et les meubles seront rigoureusement désinfectés; les objets de literie seront passés à l'étuve à vapeur sous pression; enfin, les matelas préalablement défaits seront soumis au même traitement; — 6° Dans aucun cas, l'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique de l'une des maladies énumérées ci-dessus ne pourra être réintégré que muni d'un certificat du médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions indiquées. Enfin, la réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement.

Maladies signalées pour la première fois. — Les épidémies de pelade ont sévi quelquefois et, dernièrement encore, dans des établissements d'instruction publique. Pour prévoir la contagion de la pelade, sans cependant entraver l'instruction de jeunes gens atteints d'une maladie dont la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue, l'Académie de médecine conseille l'adoption des mesures ci-après : Les jeunes peladiques ne pourront être admis que sur la présentation d'un certificat du médecin de l'établissement attestant la possibilité de recevoir le sujet. Ils seront séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt. Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la partie malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades, et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés, ainsi que sa literie, spécialement les oreillers et traversins. Enfin, comme mesures de prophylaxie générale, l'Académie, tout en laissant au médecin traitant sa liberté complète, demande que, pendant toute la durée de la maladie, les élèves aient les cheveux tenus courts sur toute la tête; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon, sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé et qui pourrait être un agent de transmission; elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas, très fréquent, de guérison imparfaite ou de récidive. Enfin, tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire même pour le peladique, qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Tuberculose. — Il me reste, Monsieur le Recteur, à vous entretenir de la tuberculose, dont l'Académie de médecine signale les progrès menaçants, et je ne saurais mieux faire que de vous communiquer les conclusions adoptées à ce sujet par la haute Assemblée dans sa séance du 28 janvier 1890 (Ci-joint les conclusions). En me transmettant ces conclusions, Monsieur le Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine fait remarquer que les quatre premiers paragraphes sont d'ordre exclusivement scientifique et s'adressent surtout au corps médical. Le dernier paragraphe, au contraire, est pour ainsi dire d'ordre purement administratif, et l'Académie ne se dissimule pas les difficultés que présentera l'application de toute mesure de prophylaxie vraiment efficace dans les établissements d'instruction. Isoler de ses camarades ou rendre à sa famille un jeune homme, sous prétexte d'un

état de santé dont ni lui, ni les siens ne soupçonnent et ne doivent soupçonner la gravité, est en effet chose bien délicate. Une décision aussi grave, entrainant des conséquences aussi sérieuses, ne devra jamais être prise que sur l'avis fortement motivé du médecin de l'établissement, et même après consultation de plusieurs médecins. Mais avec quelle prudence les chefs d'établissement ne devront-ils pas s'efforcer de justifier même un simple isolement, à plus forte raison l'exclusion, aux yeux de l'élève et de sa famille qui ne se doutent pas du danger dont ils sont menacés; quelles ingénieuses raisons ne devront-ils pas invoquer pour leur persuader que ces mesures sont prises uniquement dans l'intérêt du sujet lui-même. Ce ne sera pas trop du tact le plus délicat pour mener à bien une pareille mission. Mais je connais le dévouement de nos fonctionnaires et l'intérêt qu'ils portent aux enfants confiés à leurs soins, et je sais d'avance qu'ils sauront, le cas échéant, apporter toute la prudence et tous les ménagements nécessaires à l'accomplissement du pénible devoir qui pourrait leur incomber. En terminant, Monsieur le Recteur, je n'ai pas besoin d'insister auprès de vous sur l'importance de la présente circulaire. Je vous prie de vouloir bien en faire parvenir un exemplaire à MM. les Inspecteurs d'académie, à MM. les Proviseurs et Principaux des lycées et collèges de garçons, à MM. les Directeurs d'écoles normales et à MM. les Inspecteurs primaires, à Mmes les Directrices des lycées, collèges, cours secondaires et écoles normales de jeunes filles de votre ressort, ainsi qu'aux médecins de ces établissements, et je vous serai obligé de veiller personnellement à l'exécution des dispositions qu'elle contient. *Le Ministre de l'Instruction et des Beaux-Arts*, A. FALLIÈRES.

Enseignement médical libre.

Conférences d'Embryogénie. — M. le Dr DARESTE commencera ses Conférences d'Embryogénie normale et tératologique, le mardi 15 avril, à 4 heures. Il les continuera les samedi et mardi suivants, à la même heure (Ecole pratique, Musée Dupuytren).

Rapport sur le projet de revision de la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), sur l'exercice de la Médecine (*suite*) (1);

présenté au nom d'une commission composée de : MM. BROUARDEL, *président*; BERGERON, BOURNEVILLE, CHATIN, CORNIL, PAUL DUPRÉ, GAVARRET, GRANCHER, A.-J. MARTIN, MONOD, NICOLAS, PROUST ET REGNAULT; par M. P. BROUARDEL, *rapporteur*.

La question des honoraires donne à ces difficultés un caractère aigu, pénible; mais elle serait résolue que la question vraie ne le serait pas. Il y a toute une organisation à établir, ce serait la rendre plus difficile que de stipuler que, en cas de flagrant délit, le médecin doit son concours à la justice. Attendons au moins que le législateur ait défini d'une façon définitive ce qu'est le flagrant délit.

L'article 19 est identique à l'article 14, adopté par la commission de l'ancienne Chambre. Il a pour but de modifier l'interprétation donnée par la jurisprudence à la phrase « les frais quelconques de dernière maladie. » La jurisprudence considère comme dernière maladie celle à laquelle le malade succombe. En sorte qu'en cas de faillite le privilège du médecin disparaît. On a pu dire que le médecin avait avantage à voir périr son malade et non à le guérir. M. Chevandier caractérise cette situation par le mot *immoralité*. C'est l'opinion de l'universalité des médecins.

L'article 20 interdit, comme l'article 14 du projet soumis à la dernière Chambre, l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, excepté lorsque le médecin exerce dans une localité trop éloignée d'une officine de pharmacie pour que le malade puisse recevoir, en temps utile, les médicaments qui sont nécessaires. Les scandales, auxquels a donné lieu cet exercice simultané, justifient amplement cette interdiction. Nous vous proposons de donner une sanction à cet article dans l'article 26, qui punit d'une amende de 100 à 500 fr. celui qui l'enfreindrait.

Les articles suivants 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 interdisent l'exercice illégal de la médecine et stipulent les pénalités encourues par ceux qui s'y livrent. Ils sont à peu près identiques avec ceux que proposait à la dernière Chambre la commission dont M. Chevandier était rapporteur.

(1) Voir numéros antérieurs du *Progrès Médical*.

PROJET DE LOI

En comparaison avec le projet précédemment adopté par la commission de la Chambre des Députés.

PROJET DU COMITÉ.	PROJET DE LA COMMISSION DE LA CHAMBRE.
ARTICLE PREMIER. Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.	ARTICLE PREMIER. Nul ne peut exercer la médecine en France ni aux colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par une Faculté de l'Etat, et si, du jour de son élection de domicile, dans le délai d'un mois, il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement (1). Toutefois les praticiens créés en Algérie par la loi du 31 décembre 1879 continueront à distribuer leurs secours médicaux dans les conditions de cette loi (2.)
ART. 2. Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par les règlements en vigueur. Des dispenses pourront être accordées, par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas elles ne porteront sur la totalité des épreuves.	ART. 8. Le gouvernement autorisera, sous condition de réciprocité, les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, possesseurs de diplômes dont l'équivalence avec le diplôme français aura été reconnue, à exercer librement en France et aux colonies. Cette autorisation sera toujours révocable. A défaut de réciprocité établie, le Français et l'étranger, reçus docteurs en médecine à l'étranger, ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant deux ans à l'étranger, après avoir obtenu la dispense de scolarité, après avoir subi avec succès devant une Faculté de l'Etat deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques, présenté et soutenu une thèse, produit un certificat authentique de bonnes vie et mœurs. La dispense de scolarité ne leur sera accordée par le Ministre que sur la déclaration du Conseil supérieur de l'instruction publique de l'équivalence des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes français de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complets. Le Ministre fera connaître sa décision dans le délai de trois mois, du jour où il aura été saisi de la demande. Les candidats payeront les frais des deux examens et la soutenance de la thèse.
	ART. 9. (3 *premiers paragraphes*). Pourront être autorisés exceptionnellement par le Ministre compétent, et en dehors

(1) Voyez article 8 du projet du Comité.
(2) Voyez article 34 du projet du Comité

ART. 3.

Nul étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une Faculté de médecine de l'Etat, dans une Ecole de plein exercice, dans une Ecole préparatoire de médecine ou de pharmacie ou dans une Faculté libre sans l'autorisation du Ministre de l'instruction publique. Cette autorisation est accordée après avis conforme des autorités compétentes déclarant l'équivalence des diplômes et certificats produits avec les diplômes exigés des étudiants français.

Le candidat qui aura commencé ses études médicales à l'étranger, après avoir fait reconnaître l'équivalence des diplômes et certificats mentionnés ci-dessus, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales qu'il a faites à l'étranger, obtenir des autorités compétentes la déclaration d'équivalence de la scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder.

Il sera tenu de subir les examens correspondants au nombre de ces inscriptions avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

ART. 4.

L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, ou d'un diplôme spécial délivré par un jury nommé par le Ministre de l'instruction publique, formé de professeurs et agrégés dont les membres seront pris en majorité soit parmi les professeurs ou agrégés d'une Faculté de médecine, soit parmi les professeurs d'une Ecole de médecine de plein exercice, sous la présidence d'un professeur de Faculté.

ART. 5.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

ART. 6.

Il est interdit aux sages-femmes d'employer les instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions sur l'avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

ART. 7.

Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de 2e classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de départements, d'arrondissements et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants.

ART. 8.

Les docteurs en médecine, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Ceux qui changent de résidence ou qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les conditions prescrites par le paragraphe précédent.

ART. 9.

Il est établi chaque année dans les départements par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire des listes sur lesquelles figureront les docteurs en médecine, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, les dentistes autorisés par l'article 4 et par la disposition transitoire stipulée à l'article 14, et les sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux Ministres de la justice, de l'intérieur et

---

de la condition de réciprocité, à exercer la médecine sur le territoire de la République ;

Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises.

L'autorisation limitera l'exercice de la médecine à la station même ; elle sera toujours révocable.

ART. 10.

L'étranger ayant fait tout ou partie de ses études en France, reçu docteur en médecine par une Faculté de l'Etat, exerce librement sur le territoire de la République.

ART. 11.

Nul étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une Faculté de médecine de l'Etat, dans une Ecole de plein exercice, dans une Ecole préparatoire de médecine ou de pharmacie ou dans une Faculté libre, que sur l'autorisation du Ministre de l'instruction publique. Cette autorisation n'est accordée qu'autant que le Conseil supérieur de l'instruction publique a déclaré l'équivalence des diplômes ou certificats produits avec les diplômes français de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complets.

Le candidat qui se présentera comme ayant déjà commencé ses études médicales à l'étranger, en outre des diplômes et certificats ci-dessus mentionnés, dont l'équivalence aura été reconnue, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales faites à l'étranger, obtenir du Conseil supérieur de l'instruction publique la déclaration d'équivalence de scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder.

Il sera tenu de subir les examens correspondant au nombre de ces inscriptions avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

ART. 6.

Les sages-femmes, munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, continueront à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles.

Fin de l'article premier (1).

ART. 5.

Des listes des docteurs en médecine, officiers de santé, des sages-femmes sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées conformes en sont transmises aux Ministres compétents dans le mois de décembre de chaque année et affichées par les soins du préfet dans le département, pendant la première quinzaine de janvier.

Il est dressé chaque année, par les soins du Ministre du commerce et de l'industrie, une

(1) Voyez article 1er du projet de la Commission de la Chambre.

de l'instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée chaque année, par les soins du Ministre de l'intérieur.

ART. 10.

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

ART. 11.

Les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, établis au moment de la promulgation de cette loi, ou reçus dans les conditions déterminées par l'article 13, continueront à exercer leur profession suivant les règles précédemment en vigueur.

ART. 12.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

ART. 13.

Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

ART. 14.

Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

statistique du personnel médical existant en France et en Algérie.

ART. 30.

Idem.

ART. 2.

Les officiers de santé reçus conformément au titre III de la loi du 19 ventôse an XI ou aux arrêtés et décrets subséquents, auront désormais le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle, ni à l'obtention d'un nouveau diplôme.

ART. 3.

Les officiers de santé pourront, s'ils comptent deux années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat pour obtenir le titre de docteur en médecine après avoir subi avec succès deux examens, présenté et soutenu une thèse.

ART. 4.

Les officiers de santé devenus docteurs sont tenus de faire inscrire leur nouveau diplôme conformément à l'article premier, qu'ils aillent ou non se fixer dans un autre département.

Le fait de s'installer dans un autre département oblige les docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes, à un nouvel enregistrement de leur titre et cela dans le mois de leur élection de domicile.

ART. 18.

Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales dans les conditions actuelles et prendre le diplôme d'officier de santé.

Ceux qui seraient munis du diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, ceux qui acquerront l'un ou l'autre de ces diplômes au cours de leurs études seront admis à échanger contre un égal nombre d'inscriptions pour le doctorat celles qu'ils auront prises pour l'officiat de santé, du jour où ils auront subi avec succès les examens correspondant à ce nombre.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

ART. 15.

Les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi en vertu des dispositions réglementaires, seront néanmoins soumises à toutes les prescriptions de la nouvelle loi qui les concernent. Toutefois elles sont autorisées à continuer l'exercice de leur profession dans le département du domicile où elles se trouvent établies, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

ART. 16.

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvable.

ART. 17.

Tous docteur, officier de santé et sage-femme sont tenus, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, dans un délai de 24 heures, la déclaration des cas de maladies transmissibles tombés sous leur observation et n'engageant pas le secret professionnel. Un règlement d'administration publique fixera le mode de ces déclarations et arrêtera, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la liste des maladies dont la déclaration devra être faite.

ART. 18.

Les fonctions de médecins et chirurgiens-experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

ART. 9.

Derniers paragraphes.

Sont également autorisés à exercer la médecine, durant une épidémie, ou en cas de remplacement, les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours, ayant douze inscriptions et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

ART. 12.

Tout médecin sera tenu de donner, soit à l'autorité administrative, soit aux agents de la santé publique, les renseignements utiles à l'hygiène générale, notamment en ce qui concerne les maladies épidémiques ou endémiques, et l'indication des causes de décès, sous la réserve du secret professionnel.

ART. 13.

Tout médecin lorsqu'il est requis doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas de flagrant délit.

Dans toute autre circonstance il est libre de se récuser.

Le médecin qui a prêté son concours en vertu des dispositions précédentes agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération afférente à cette qualité.

(A suivre).

Hôpitaux de Nancy. — La doyenne des institutrices laïques de France, Mlle Virginie Mauvais, vient de donner à Nancy, sa ville natale, sa fortune, évaluée à 400,000 francs, sous condition que cette somme serait employée à ajouter un nouveau bâtiment à l'hopital civil.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La fièvre puerpérale et les sages-femmes.

Le tribunal correctionnel de notre ville a jugé hier une affaire intéressante. Dans le courant de février, les bruits les plus graves circulaient sur les agissements d'une dame Cornou, sage-femme à Merville. On parlait de nombreuses femmes mortes en couches à la suite de soins donnés par cette sage-femme. Une enquête fut ordonnée qui aboutit à son arrestation. A la suite de l'instruction ouverte par le parquet, il fut reconnu que sept femmes étaient mortes dans la période du commencement de janvier au 19 février. Par les conclusions du jugement, il est bien prouvé que la femme Cornou, par sa négligence et sa malpropreté, a été le seul agent de transmission de l'infection puerpérale qui a occasionné la mort des sept malheureuses victimes. La femme Cornou a été condamnée à six mois de prison et 50 francs d'amende (*Petit Journal*, 23 mars 1890). — On ne pourra plus dire désormais que les sages-femmes peuvent rester impunies.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 16 mars 1890 au samedi 22 mars 1890, les naissances ont été au nombre de 1273 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 470 ; illégitimes, 190, Total, 660. — *Sexe féminin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 189, Total, 613.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 mars 1890 au samedi 22 mars 1890, les décès ont été au nombre de 1106 savoir : 598 hommes et 508 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 7. T. 9. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 22, F. 13 T. 35. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 8, F. 7. T. 15. — Diphthérie, Croup : M. 30, F. 18, T. 48.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 149, F. 97, T. 246. — Autres tuberculoses : M. 20. F. 19. T. 39. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6.— Tumeurs malignes : M. 10, F. 28. T. 39. — Méningite simple : M. 20, F. 13, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 20, T. 45. — Paralysie : M. 4, F. 1. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 2, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 25. T. 51. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 15 T. 31. — Bronchite chronique : M. 15, F. 10. T. 34. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 28. T. 45. — Pneumonie : M. 36. F. 29. T. 65. — Gastro-entérite, biberon, M. 17, F. 13. T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 3. T. 16, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0. T. 3.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale : M. 17, F. 9, T. 26. — Sénilité : M. 11, F. 19. T. 30. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13.— Autres morts violentes : M. 13. F. 4. T. 17. — Autres causes de mort : M. 103, F. 94. T. 197. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24, illégitimes, 16. Total : 40 — *Sexe féminin :* légitimes, 27 ; illégitimes, 10. Total : 37.

Faculté des sciences de Caen. — M. Bigot, docteur ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de géologie à la Faculté des sciences de Caen.

Faculté des sciences de Toulouse. — *Explosion de gaz.* — On écrit de Toulouse qu'un grave accident a eu lieu, mardi dernier, à la nouvelle Faculté des sciences. Un ouvrier, au service de l'entrepreneur de canalisation du gaz, recherchait une fuite dans les sous-sols, une lampe d'essence à la main. Au moment où il explorait les conduits au-dessous des laboratoires de chimie minérale, une explosion retentit. Au rez-de-chaussée, les planchers du laboratoire de chimie minérale avaient volé en éclats, les cloisons avaient été lézardées, les portes démolies, les collections d'instruments de précision et d'appareils de chimie du Pr Sabatier entièrement détruites. Dans le laboratoire lui-même tout était saccagé, les appareils réduits en miettes, la grande table d'expérience, recouverte d'une épaisse plaque de lave de Volvic, a été soulevée à une certaine hauteur, malgré son poids énorme, et la plaque de lave cassée en trois endroits. L'explosion a occasionné un commencement d'incendie qui a été presque aussitôt éteint. Il n'y a eu aucun accident de personne, mais les dégats materiels considérables sont évalués à plus de 50,000 fr. Le maire a soumis, dans la séance du soir, au Conseil municipal, des propositions pour réparer le désastre le plus promptement possible. (*Temps*).

Faculté de médecine de Paris. — M. Vacquez (Henri-Louis), docteur en médecine, est nommé chef des travaux de physiologie pathologique du laboratoire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris (hopital de la Charité), en remplacement de M. Gaucher, démissionnaire. — M. Drouin, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de ladite Faculté (hôpital de la Charité), en remplacement de M. Esbach, décédé.

Vacances. — Conformément à l'avis exprimé par le Conseil général des Facultés, et en vertu du décret du 28 décembre 1885, la Faculté sera fermée du 30 mars au 13 avril. Les cours, conférences et examens recommenceront le lundi 14 avril.

Ecole pratique des hautes-études. — Notre collaborateur et ami, M. le Dr Paul Loye, préparateur à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine, vient d'être nommé maître de conférences de physiologie à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Nous lui adressons, au nom de toute la rédaction, nos plus vives félicitations.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Quesneville, docteur ès sciences, ancien agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique à ladite école (emploi nouveau).

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1890, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Hervouet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours d'hygiène et de médecine légale à ladite école.

École de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Dumenil, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est maintenu pour trois ans dans lesdites fonctions, à partir du 15 mars 1890.

Université de Vienne. — *Les étudiants au théâtre.* — Une représentation un peu spéciale a eu lieu le 20 mars à Vienne, au Carltheater. Les *Brigands*, de Schiller, ont été joués par de vrais étudiants de l'université.

Universités d'Oxford et Cambridge. — Les étudiants qui doivent prendre part au Boat-Race sont arrivés à Londres récemment. Ils sont actuellement occupés à s'entrainer. Espérons que cette année il n'y en aura pas qui mourront à la peine.

U. de Saint-Pétersbourg.— La semaine dernière des désordres auraient éclaté parmi les étudiants de l'université et de l'Académie d'agriculture. Cinq cents arrestations auraient été opérées. Les étudiants demandent le rétablissement des règlements libéraux de 1863. Les abords de l'Université ont été surveillés par des troupes.

Hôpitaux de Paris. — *Deuxième Clinique d'accouchements.* — La seconde Clinique d'accouchements a été inaugurée cette semaine dans l'une des dépendances de la Maternité, boulevard de Port-Royal, 125. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, présidait la cérémonie. M. le Pr Pinard, en inaugurant son cours, a prononcé un discours d'ouverture à sensation, dans lequel il a fait ressortir les avantages de la création nouvelle.

Concours du Bureau central de Chirurgie. — La question posée à l'épreuve écrite a été : *Corps thyroïde ; Traitement des tumeurs du corps thyroïde.*

Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Cancer du larynx et rapports du larynx ; — Rapports du rectum ; traitement des occlusions intestinales.* La lecture des copies est commencée à la Charité. Voici les notes obtenues jusqu'ici : M. Lejars, 27 ; M. Delbet, 26 ; M. Rochard, 24 ; M. Potherat, 24 ; M. Albarran, 28 ; M. Hallé, 26 ; M. Guinard, 25 ; M. Villemin, 23 ; M. Hartmann, 26 ; M. Walther, 27 ; M. Broca, 30 ; M. Beurnier, 25.

Le jury définitif ne comprend que six membres : MM. Guyon, Reclus, Berger, Tarnier, Monod, Audhoui ; car M. Richelot, 7e juge désigné, mais absent à la première épreuve, ne peut siéger désormais.

Concours du bureau central de médecine. — La lecture des compositions écrites est terminée depuis lundi. Sont admis à subir la 2e épreuve : MM. Babinski, Charrin, Siredey, Thibierge, Robert, Delpeuch, Lermoyez, Bourcy, Richardière, Marfan, Lebreton, Morel-Lavallée, Achard, De Gennes, Havage, Gauchas, Mathieu, Deschamps, Florand, Legendre, Darier, Guinon (Louis), Widal, Gaillard, Béclère, Œttinger, Duflocq, Gallois, Gilles de la Tourette.

Isolement de l'hopital Trousseau. — Lundi dernier, 24 mars, le Conseil municipal de Paris a renvoyé à l'administration des propositions tendant à l'isolement de l'hôpital Trousseau.

Asiles pour les femmes en couches. — Dans sa séance du 24 mars, le Conseil municipal de Paris, vu la proposition de M. Strauss, tendant à l'affectation de la propriété léguée par Mme Ledru-Rollin, à la création d'un asile pour les femmes en couches ; sur le rapport de sa 5e commission, délibère : Art. 1er. L'Administration est invitée à affecter la propriété de campagne de Mme Ledru-Rollin, sise à Fontenay-aux-Roses, à l'établissement d'un asile de convalescence pour femmes en couches, sauf à tenir compte au service de l'Enseignement de la valeur représentative de cet immeuble. — Art. 2. Ledit asile sera appelé « Asile Ledru-Rollin. » — Art. 3. Les travaux d'aménagement, prévus à l'avant-projet, seront exécutés jusqu'à concurrence de 250,000 fr. — Art. 4. L'Administration est invitée à soumettre au Conseil un avant-projet de construction d'un asile-dortoir pour les femmes enceintes sur les terrains désaffectés du cimetière Montparnasse.

Congrès des médecins aliénistes français. — Ce Congrès aura lieu le 4 août 1890, à Rouen.

Choléra a l'Irak-Arabi. — Sur la proposition du Dr Mahé, médecin sanitaire français, le Conseil sanitaire international vient de décider une enquête sur les origines du choléra et sur les conditions de son apparition dans l'Irak-Arabi, en juillet dernier. Ont été chargés de cette enquête les deux principaux médecins de Bagdad, le Dr Lubiez, directeur du service sanitaire et le Dr Gazala, de la Faculté de Paris, tous deux parlant couramment la langue arabe (*Gaz. méd.*).

Curiosité médicale. — Voici la copie textuelle de la carte de visite que remet un médecin à ses clients, aux personnes dont il sollicite la clientèle, aux concierges des différents quartiers de Paris : « Je ne suis pas un nouveau venu dans le monde médical, car j'ai exercé depuis plus de vingt ans la médecine, au milieu d'une clientèle nombreuse à X..,, où j'étais chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire, médecin des épidémies, médecin du parquet, du chemin de fer du Nord, de la Société de secours mutuels, du collège, etc., etc. Mes concitoyens ont fait de moi successivement : un conseiller municipal, un conseiller d'arrondissement, un conseiller général, un député. Je suis maire de la ville. J'ai donc le droit de dire que je jouis de l'estime de ceux qui me connaissent. J'espère mériter la confiance de mes nouveaux concitoyens. Dr X..., chevalier de la Légion d'honneur. » — Nous ne ferons aucun commentaire.

Enseignement des maladies mentales. — Le *London County Consial* a décidé la construction d'un hôpital, non pas spécialement pour l'hospitalisation des aliénés, mais pour le traitement des maladies psychiques et l'*instruction des spécialistes.* Il y aura là un personnel d'experts habiles, et le Conseil est disposé à dépenser chaque année 10,000 dollars (*Medical Record*, N. Y., 1890, p. 275). — Ce fait montre l'importance que l'on accorde eu Angleterre à l'enseignement des maladies mentales et témoigne des efforts faits pour avoir dans les asiles des médecins instruits.

Hommage des anglais a M. Pasteur. — On sait que ses admirateurs anglais, américains et ceux résidant dans les colonies de langue anglaise, ont décidé de remettre à M. Pasteur un magnifique album. Sur la première page de cet album, on a inscrit ces mots : « Au grand M. Pasteur, le bienfaiteur de la race humaine », avec la signature du prince de Galles. Plus loin, les signatures des professeurs des Universités d'Oxford, de Cambridge, d'Edimbourg, de Glasgow, d'Aberdeen, de San-Francisco, de Toronto et de Montréal. Plus loin encore l'on trouvera un éloge en hiéroglyphes égyptiens avec la signature du British Museum. Un autre texte curieux est l'extrait du *Rig-Véda* écrit par le professeur Max Muller. On cite en outre les signatures de M. Gladstone, du professeur Huxley, du docteur Oliver Wendell Holmes, M. de Rider-Haggard, de sir Douglas Powell, sir Joseph Lister, sir Alfred Garra et plusieurs membres du Parlement anglais. Parmi les auteurs de dessins, citons les noms de sir Frederick Leighton, de M. et Mme Alma-Tadema.

Hôpitaux de Lyon. — M. le Dr Mouisset est nommé médecin des hôpitaux de Lyon, à la suite du concours qui vient d'avoir lieu.

Hotel-Dieu de Reims. — Le concours pour une place de médecin suppléant à l'hopital de Reims s'est terminé par la nomination de M. Hache, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Inspectorat des eaux minérales. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, l'emploi de médecin-inspecteur et de médecin-inspecteur-adjoint est supprimé à la station thermale de Vals.

Les Congrès scientifiques et le Gouvernement. — Un crédit de cent mille francs pour les dépenses du Congrès télégraphique international a donné lieu récemment, à la Chambre, à un débat assez vif. Le nouveau ministre du commerce et des postes et télégraphes, M. Jules Roche, a rappelé que le Congrès des électriciens avait été reçu à Berlin, il y a cinq ans, avec un éclat que la France ne pense pas à égaler mais auquel elle ne veut pas rester par trop inférieure. C'est le Congrès lui-même qui a désigné Paris comme lieu de sa prochaine réunion, et on ne peut se départir de nos traditions de large hospitalité vis-à-vis de ces savants. Il faut laisser le gouvernement libre de se mouvoir dans ce crédit de cent mille francs qui n'a certes rien d'excessif. Le Gouvernement aime certainement les électriciens, l'électricité, le télégraphe et même le téléphone ; tant mieux pour lui ! Mais si jamais un député s'avisait de demander 100,000 francs pour un Congrès médical, si international fût-il, on pourrait être certain de voir le ministère tout entier faire la plus colossale grimace. Ajoutons, il est vrai, que dans ce siècle de l'électricité on a plus besoin à Paris de téléphonistes que de médecins. (M. B.).

La grève de médecins de Rodez. — Nous avons conté déjà le conflit qui s'était élevé entre les médecins de Rodez et le parquet. On sait que les médecins, ayant refusé d'obéir aux réquisitions du procureur de la République et du juge d'instruction en vue de constatations médico-légales à opérer, furent traduits devant le tribunal de simple police pour contravention. Condamnés à l'amende par le juge de paix, ils firent appel et obtinrent du tribunal correctionnel l'infirmation du jugement de simple police. Le tribunal les relaxa, en effet, en décidant qu'ils avaient pu refuser leur concours au parquet, parce qu'ils n'avaient pas été requis à propos d'un flagrant délit. Mais la *cour de cassation n'a pas partagé l'opinion des juges correctionnels.* Sur le pourvoi formé par le procureur de la République de Rodez, la chambre criminelle, conformément aux conclusions de M. l'avocat général Bertrand, vient de casser leur décision. L'arrêt de la cour suprême porte en substance : « Il y a flagrant délit lorsque, comme dans l'espèce, à la suite de la disparition d'une jeune fille, son cadavre est retrouvé dans un lieu public. Sont donc en contravention les médecins qui, requis par le juge d'instruction de faire les constatations urgentes et techniques, ont opposé à deux réquisitions, dont la première datait du lendemain de la découverte du cadavre, et dont la seconde a été renouvelée trois jours après, un ensemble de résistances pour se dérober à des ordres réitérés de justice, s'appliquant à une seule et même affaire et à l'accomplissement des mêmes devoirs.»

La Nona. — Dans divers journaux politiques, on parle d'une affection épidémique qui sévirait en Alsace et qu'on désigne sous le nom de *Nona*. Bien entendu, lesdits journaux, voulant se montrer au courant des doctrines scientifiques modernes, se livrent, sur ce point, à des considérations assez étendues, mais encore plus inexactes. Rappelons seulement que la Nona n'est qu'une variété de la grippe et il n'y a rien d'étonnant qu'on en observe quelques cas après l'épidémie que nous venons de subir. C'est la forme comateuse (qui fait dormir, Nona) de la grippe.

La lumière électrique au New-York-Hospital. — L'éclairage au gaz du New-York-Hospital a été remplacé par l'éclairage électrique. On attribue à ce changement une amélioration de l'air respirable et un meilleur contrôle de la température des salles. L'ensemble comprend 700 lampes Edison. La salle d'opérations est également pourvue de ces lampes, de telle sorte que les opérations peuvent y être faites à toute heure de la nuit (*Medical News*, 1890, p. 267). — A ce propos, nous renvoyons nos lecteurs à ce que nous disions dans un numéro précédent sur la *distribution d'énergie électrique dans les hôpitaux* et sur l'éclairage à l'hôpital Saint-Louis, au Dispensaire Péreire, etc.

L'anatomie a l'école des beaux-arts de Lyon. — M. le Dr Gros vient d'être nommé professeur d'anatomie artistique à l'Ecole des Beaux-Arts de Lyon.

La Société de Médecine de Paris. — Cette Société donnera, l'année prochaine, un prix de 1,200 fr. au meilleur travail qui lui aura été adressé sur cette question : Démontrer la contagion de la tuberculose dans les affections chirurgicales.

Missions scientifiques. — M. P. de la Martinière est chargé d'une mission au Maroc, en vue de poursuivre les recherches archéologiques qu'il a entreprises dans la Tingitane.

Nominations diverses. — *Médecins de l'octroi.* — MM. les Drs Moussaud et Poupon sont nommés médecins de l'octroi de Paris.

Œuvre de l'hospitalité de nuit. — Récemment a eu lieu, boulevard de Vaugirard, l'assemblée annuelle de l'Œuvre de l'hospitalité de nuit. Cette société de bienfaisance a reçu en 1889, en donations, souscriptions et legs, non compris d'innombrables dons en nature, une somme totale de 403,138 fr. 35. Dans le rapport du président, nous avons trouvé des chiffres non moins intéressants.

« L'œuvre a recueilli cette année 88,412 hommes et 2,059 femmes et enfants, soit en tout 90,471 pensionnaires qui ont couché pendant 235,561 nuits. Ce qui donne un total de 564,623 hospitalisés, ayant passé 1,534,555 nuits dans l'œuvre depuis sa fondation. Quant aux dis tributions de vêtements aux malheureux, elles ont atteint, elles aussi, un chiffre considérable. L'œuvre, en effet, a distribué 15,098 articles de première nécessité en 1890.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision présidentielle, en date du 17 mars 1890, ont été réintégrés, avec leur grade, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : MM. les médecins-majors de 2e classe Jousset, Apostoli, Chevrier, Moser, Oui, Petitgrand, Cauchois, Hélot, Demange, Chandelux, Cobrat, Mollière, Vinay, Melisson, Lassalle, Huguet, Maisonave, Chatin, Rabot ; — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cauchy, Carpentier, Deschamps (C.-A.), Deschamps (C.-L.-A.), Dubron, Huart, Joly, Ménard, Hurpy, Taurin, Ansaloni, Charpentier, Demandre, Le Bail, Papillon, Carion, Guérin, Guillaume, Leclerc, Reibel, Jourdan du Mazot, Leriche, Regnault, Sirop, Payan, Linarès, Bernard, Bineau, Francoz, Rebatel, Robert, Dubuisson, Kœnig, Besancèle, Descomps. Gaillard, Garipuy, Guionnet, Massine, Vals, Darroze, Fontan, Guillon, Moure, Pomès, Ficheux. Lartisien, Ory, Putel, Richard, Serrand, Boudrie, Alirol, Armaignac, Bardy, Condou, Conord, de Beaurepère, Delille, Demay, Duvernoy, Devillez, Grosclaude, Leboucher, Legallois, Metzquer, Nargaud, Persillon, Pierin, Rigodon, Roux, Simon (M.-V.-L.), Viaud, Dartigues, Fauny, Martin, Merijot, Carrier, Chénieux, Lagrange, Hébert de la Rousselière, Simon (A.-C.), Gairal, Grollemund, Motais, Gornard ; — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Hyvert, Maymou, Guillaumin, Rondeau, Jourdan, Remi, Gautier, Baratier, Blanche, Bougon, Percheron, Châtelain, Vernier, Duverger, Alliod, Bütterlin, Ledoux, Delacourt, Fabre, Calvet, Bouyet, Célice, Devezeaux, de Lavergne, Ferreau, Grellety-Bosviel, Guillemot, Levère, Mathieu, Rioms, Biau, Bourgeot, Roux, Monnier, Barbaux, Chabalier, Herbert, Hugues, Millet, Pinguet, Hauquelin, Joly, Paget, Patel, Rambaud, Reynaud, Violet, Mourgue, Franciel, Mauquié, Tachard, Vinsonneau, Besson, Arnaudet, Charayrn, Crosnier, Hirtz, Rubé, Clément, Nicolle, Roche, Boriane, Coyteux-Duportal, Jary, Lagrange, Chailloux, Creuzé, Clénet, Ponroy, Somard, Gallardon, Jablonski, Colas, Buvelot, Laydeker, Simon (J.), Meillet, Hêliot, Pissot, Lorey, Mansuy, Pageot, Galtier, Horeau, Lelièvre, Petit, Blasart, Loranchet, Rigaud, Nouët, Cordier, Lavallée, Boudarel, Ducastel, Compin, Lebel, Reg, Guinand, Vétault, Costes, Chevallier, Denis, Dupuy, Monjou, Schwartz, Verron, Chesnel, Gaillard de la Roche, Lange, Bordenave, Lafaye, Janicot; — M. le pharmacien-major de 2e classe Aumignon;—MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Weil, Calloud, Tailleur, Gastineau, Thieulin, Ricau, Coriveaud, Guignot, Laborde, Séné, Sudour, Deschaintres, Dewisme, Mathon, Thomas ; — MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe, Baron, Saunié, Jolly. Roy, Buisson, Duriez, Gras, Guyart, Munier, Blanquart, Brancher, Clerc, Heulot, Laurier, Mutin, Ligeoin, Cauchois, Vié, Dufraisse, Germain, Girard, Petit-Huguenin, Jacquot, Sergent.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC. — La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours, dans lequel nous trouvons les questions suivantes qui peuvent intéresser nos lecteurs. — N° 1. *Prix de médecine :* De l'influence du tabac et de la nicotine sur les fonctions digestives. Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 2,000 francs environ et une médaille de vermeil. — N° 2. *Prix de l'hypnotisme :* Un prix de 400 francs, dont 100 francs pour rachat de cotisation du vainqueur, est offert par M. Decroix au médecin français ou étranger qui relatera le plus grand nombre de cas de guérison d'affections nicotiniques, — mais au moins quatre, — par le renoncement au tabac, obtenu à l'aide de l'hypnotisme et de la suggestion. Chaque observation devra faire connaître l'âge du sujet, depuis combien de temps il fumait, la quantité approximative de tabac consommée par jour, les symptômes constatés (angine granuleuse, crampes d'estomac, dyspepsie, pyrosis, angine de poitrine, amblyopie, perte de la mémoire, etc.), le nombre de séances de suggestion pour obtenir la guérison, avec les dates à l'appui. Les mémoires pour les deux prix ci-dessus pourront être rédigés en français, en allemand, en italien ou en espagnol. Le programme détaillé sera envoyé à toute personne qui en fera la demande au siège de la Société, 38, rue Jacob, Paris.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ. — Une lettre-circulaire du Ministre de l'Intérieur prescrit aux maires des villes d'une population de 40,000 habitants, et au-dessus, l'envoi d'un bulletin quotidien contenant le relevé des décès de chaque jour et le nombre des décès de la journée correspondante des cinq années précédentes.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BOUCHER DE BOUCHERVILLE, décédé à 70 ans, à Beauharnois (Canada). — M. le Dr BRISSON (d'Aveston).

M. le Pr Ulysse TRÉLAT.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès de M. le Dr Ulysse TRÉLAT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Notre vénéré maître a succombé vendredi matin, à 4 heures ; ses obsèques auront lieu très probablement lundi prochain. Nous consacrerons dans notre prochain numéro un article nécrologique à ce chirurgien éminent, à cet orateur éloquent, une des gloires les plus pures de la Chirurgie française.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Pari — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 14. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 AVRIL 1890.

Le Progrès Médical

Le Professeur Ulysse TRÉLAT

M. le Dr Ulysse Trélat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, ancien président de la Société de Chirurgie et de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, est mort vendredi dernier, à 4 heures du matin. Bien que sa santé fut chancelante depuis quelques semaines déjà, rien ne laissait présager une fin aussi prompte. Cet éminent maître, frappé de la façon la plus imprévue, a été enlevé, en quelques jours, par des accidents bronchopneumoniques infectieux d'une violence inouïe.

L'Ecole de Médecine de Paris fait une perte immense en Ulysse Trélat ; c'était son chirurgien le plus autorisé, un orateur de premier ordre. Si d'autres pouvaient lui disputer la première place sur le terrain de la science pure, il était, de l'avis de tous, le plus brillant et le plus sûr des opérateurs actuels de notre Faculté. C'est que le nom de Trélat restera attaché à la plus grande découverte de ce siècle si fécond, à l'avènement, enfin définitif, des doctrines aseptiques en chirurgie. C'est que son nom évoquera toujours le souvenir du professeur idéal, à la parole facile, vive, chaude, entrainante.

Comme l'ont dit tous ceux qui, sur sa tombe, parlèrent lundi dernier (1), au nom de ses collègues, de ses élèves ou de ses amis, la mort vient de foudroyer un de nos maîtres les plus aimés, « en pleine force, en pleine gloire, à cette heure de la vie où l'homme de science a le droit de se sentir fier de la tâche accomplie. » Cette catastrophe sera vivement ressentie par tous ceux qui, en France, s'intéressent aux progrès de la vraie chirurgie.



D'après une photographie de M. A. [illegible].

Ulysse Trélat naquit à Paris, le 13 août 1828 et suivit, comme son père, la carrière médicale. Fils d'un homme d'un mérite reconnu, le Dr Trélat, médecin de la Salpêtrière, libéral convaincu et vieux républicain, qui fut quelque temps ministre des travaux publics en 1848 et l'auteur de sérieuses réformes, guidé dans sa jeunesse par une main ferme, mais bienveillante, notre ancien et cher maître ne connut point les déboires des années de début, les nécessités de la lutte pour l'existence à l'entrée de la carrière des concours. Sachant que noblesse oblige, il se mit au travail. De bonne heure il éprouva toutes les satisfactions que peut procurer un succès bien mérité par un labeur opiniâtre, au service d'une magnifique intelligence.

Interne des hôpitaux en 1849, après deux années d'externat, médaille d'argent du choléra pendant son passage à la Salpêtrière, lauréat des hôpitaux et aide d'anatomie en 1853, Trélat passait sa thèse en 1854 *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur*).

(1) Voir page 383.

Puis, sous l'impulsion d'une judicieuse direction, il conquit très facilement tous ses titres universitaires. Prosecteur en 1856, il était nommé, l'année suivante, à l'âge de 28 ans, agrégé en chirurgie à la Faculté de Médecine de Paris. Sa thèse d'agrégation sur la *Nécrose par le phosphore* fit sensation ; jusqu'à cette époque la question n'avait jamais été étudiée dans son ensemble. Trélat, dans ce travail, se révéla tout entier ; avec son esprit précis et méthodique si remarquable, il fit la lumière sur ce point.

Il ne fut reçu au concours du Bureau central de chirurgie que trois ans plus tard, en 1860. En 1864, il était nommé membre de la Société de Chirurgie. D'abord chirurgien de la Maternité (1864), il passa à Saint-Antoine en 1867, à Saint-Louis en 1868, à la Pitié en 1869, à la Charité en 1872. Sa nomination comme professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, remonte au 24 juin 1872 ; il avait 43 ans. Deux ans après, le 20 janvier 1874, il était élu membre de l'Académie de Médecine. De 1853 jusqu'à la veille de sa mort, le Pr Trélat n'a pas cessé d'enseigner. Chargé d'abord comme agrégé à l'Ecole pratique de cours d'anatomie (1853-1857), il fit aussi des leçons publiques sur la chirurgie de 1859 à 1861. Dès son entrée comme titulaire dans les hôpitaux, il commença des conférences de clinique chirurgicale ; à ses leçons se pressèrent de nombreux élèves dans les amphithéâtres de Saint-Louis et de la Pitié. Trélat fit en outre à la Faculté un cours complémentaire d'ophtalmologie (1868-1872), un cours d'hygiène à l'Ecole centrale d'architecture (1866-1869), etc. Le succès de son enseignement comme professeur de clinique à l'hôpital Necker et à la Charité ne s'est jamais démenti.

Trélat, en dehors de ses occupations professionnelles, s'intéressa vivement aux questions de l'ordre le plus général, à l'Hygiène en particulier, et, ce qui est plus rare, aux questions d'Assistance publique si importantes au point de vue social. C'est ainsi qu'il fut membre de la Société de Médecine publique qu'il présida en 1885, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, de la Société d'Anthropologie, etc. Il sortait volontiers des frontières de la science où il s'était spécialisé.

Entre temps, pendant la guerre néfaste de 1870, il remplissait les fonctions de chirurgien en chef de la cinquième ambulance de la Société de secours aux blessés. Il assistait à nos désastres sur le champ de bataille où manœuvrait l'armée de la Loire, dont il avait organisé le service médical. Ces souvenirs, d'autres faits encore prouvent que « le sang du vieux savant réformateur et républicain qui coulait dans ses veines, avait placé dans son culte l'image de la patrie et en avait fait un libéral convaincu. »

Parisien de franche lignée, Trélat fut plutôt un artiste qu'un savant. Doué d'une extrême facilité d'élocution, il parlait bien et surtout aimait à parler. Son tempérament, plein de contrastes et d'imprévu, qui étonnait tout le monde dans les doctes assemblées où il venait s'asseoir, l'a dominé pendant toute sa carrière.

Vulgarisateur de premier ordre, il tenait, dans ses conférences, son auditoire sous le charme, à l'aide de cette parole saccadée, mais spirituelle et vivement imagée que nous avons tous entendue. Il semblait causer. Trélat se prodigua dans les diverses sociétés dont il fit partie. Pas une discussion n'éclatait, surtout à la Société de Chirurgie, qu'il ne la suivît avec une attention soutenue. Au moment où on la croyait close, en quelques phrases qui coulaient limpides comme l'eau de roche, en quelques mots choisis, avec l'originalité la plus puissante et la plus étonnante, en un éclair, il avait tout saisi et résumait en une formule aussi brève que possible tout un débat de deux heures.

Cette nature, à la fois si philosophe, si pratique et si pleine d'idéal, aima la vie dans ce qu'elle a de plus grand. Si Trélat n'avait été un grand professeur et un chirurgien éminent, il aurait tenu une des meilleures places dans la littérature ou dans les arts.

Mais si Trélat brilla par ses qualités de fin causeur, s'il témoigna à ses élèves de prédilection la bonté la plus tendre, il n'en reste pas moins, pour nous médecins, un observateur sagace, un clinicien d'un grand sens critique, habile à discerner les indications de l'intervention, fort sur le diagnostic, un opérateur hardi mais prudent, un chirurgien qui a eu le courage, malgré ses occupations multiples, de se tenir au courant des progrès gigantesques de la science et de l'art qu'il cultiva. Le seul de tous les chirurgiens de sa génération, le seul des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, il a réellement compris, au lever de l'aurore, quel grand jour allait répandre sur la chirurgie tout entière l'astre naissant de Lister et de ses élèves en France. Trélat, pour cet éclair de génie, a droit à toute la reconnaissance de ceux qui ont combattu, les premiers chez nous, pour l'avénement et le triomphe des méthodes modernes. C'est grâce à sa haute et légitime influence que ces chirurgiens ont pu lutter et vaincre. Ils perdent en Trélat leur plus solide appui, un défenseur convaincu, un de leurs plus chauds partisans : ils ne l'oublieront jamais.

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer ici les principales publications du professeur que le *Progrès médical* eut le grand honneur de compter jusqu'à hier au nombre de ses plus fidèles collaborateurs ; nous en donnons ci-dessous la liste. D'ailleurs Trélat, qui a peu écrit, car il n'aimait pas à écrire, ne laisse point d'œuvre de longue haleine. Nous devons seulement rappeler, en terminant, ses principales communications aux Sociétés savantes sur la staphylorrhaphie, l'uranoplastie, les autoplasties de la face, l'œsophagotomie interne, la tuberculose linguale, etc., sujets qu'il possédait à fond. Ses leçons cliniques de Necker et de la Charité, publiées par ses élèves, sont éparses çà et là dans la littérature ; quelques-unes, des plus anciennes, ont été réunies en un volume intitulé *Leçons de clinique chirurgicale* (1875-76) ; mais il n'était encore, à cette époque, que professeur de pathologie. Le *Progrès médical* en a publié un grand nombre ; aussi la Rédaction de ce journal joint-elle ses plus vifs regrets à ceux des collègues et amis de celui qui vient de nous quitter.

D'autres ont dit sur sa tombe, dans un langage élevé, que la Chirurgie française perd, en Trélat, une orga-

nisation puissante qui, « sous des dehors sévères, cachait un homme d'une vivacité et d'une ardeur toutes juvéniles », d'une exquise loyauté, un esprit de la plus haute envergure. Ajoutons que ceux-là même qui n'étaient pas de son avis ont toujours rendu un public hommage à la sincérité de ses convictions, à son véritable talent et à son beau caractère.

Nous sommes désolé de voir disparaître un maître qui aurait dû rester encore longtemps parmi nous, pour la plus grande gloire de la France qu'il chérissait tant.

Marcel BAUDOUIN.

Voici la *Liste des principales publications de M. le* Pr TRÉLAT.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE (1850 à 1856) : Travaux sur les *fractures du crâne* ; in *Bull. de la Société anatomique* et de la *Soc. de Chirurgie*. — *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur* ; thèse de doctorat (1854) et diverses communications aux Sociétés savantes. — *De la nécrose phosphorée* ; thèse d'agrégation (1857). — Très nombreuses communications à la *Société de Chirurgie*, de 1860 à 1890, sur les *hernies*, la *luxation du radius*, les *tumeurs lymphatiques*, les *varices du scrotum*, la *laryngite syphilitique*, les *vices de conformation du voile du palais*, les *oblitérations congénitales de l'anus et du rectum*, l'*ectromélie*, etc., etc. — Communications à l'*Académie de médecine: Chloroforme* (1882), *tuberculose* (1889), etc., etc.

Citons encore : *Mémoire sur la maladie enkystée du testicule*; in *Arch. gén. de méd.*, t. III ; — *Ulcère tuberculeux de la langue*, travail important paru dans le même journal, en 1870 ; — Articles *anthrax*, *anus*, *rectum*, etc., du *Dict. Encycl. des Sc. méd.* — *De l'hypertrophie unilatérale totale ou partielle du corps*, en collab. avec Ch. Monod ; in *Arch. gén. de méd.*, juin 1869. — Un grand nombre de Leçons cliniques parues dans la *Gazette des Hôpitaux*, la *Sem. méd.*, le *Bull. méd.*, la *Gazette Hebdomadaire* et en particulier le *Progrès médical*.

MÉDECINE OPÉRATOIRE : *Résection du coude* ; *traitement des polypes du larynx* ; *de l'uréthrotomie interne* ; *de la lithotritie périnéale* ; *des fistules vésico-vaginales* ; *de la staphylorrhaphie* (communications nombreuses) et *de la palatoplastie* ; *de la chéiloplastie* ; in *Bull. de la Soc. de Chirurgie*. — *Des opérations pratiquées à Paris* ; *de la trachéotomie dans la syphilis laryngée* ; *de l'œsophagotomie interne dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage* ; in *Bull. Acad. de médecine*. — *Nouvel appareil pour les fractures de la rotule* ; in *Bull. Gén. de Thér.*, t. LXIII ; — *Des cataractes traumatiques* ; in *Journal d'Opht.*, 1872 ; etc., etc.

HYGIÈNE CHIRURGICALE : *Etude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu* ; — *l'Hôtel-Dieu devant le Conseil municipal* ; — *les hôpitaux, assistance et hygiène* (1866) ; — *Hygiène des maternités* (*Ann. Hyg. pub.*, 1867 et *Soc. de Chir.*, 1866).

SUJETS DIVERS : *Eloges* de Velpeau, Laborie, Wurtz, Lenoir, etc. — Articles : *airigne*, *albinisme*, *anthropophagie*, etc., du *Dict. Enc. des Sc. méd.* — *Mouvement de la population en France* (*Ann. scient.*, 1868). — *Compte rendu médido-chirurgical de l'Exposition* de 1855 et de 1867, à Paris ; de 1862 à Londres. — *Introduction à un cours d'anatomie appliquée aux beaux-arts*; 1863. — *Introduction à un cours d'hygiène appliquée à l'architecture*, 1865; etc, etc.

STATUE DE PAUL BERT. — On a installé provisoirement, place de la Sorbonne, la statue en bronze de Paul Bert qui figurera sur le monument destiné à la ville de Hanoï. M. Paul Lenoir, le sculpteur, a voulu symboliser dans la statue de Paul Bert le protectorat. Paul Bert est debout, tenant d'une main le drapeau français et étendant l'autre sur un jeune Annamite accroupi à ses pieds. La statue mesure deux mètres cinquante-cinq centimètres de hauteur; le drapeau, quatre mètres. Cette statue restera exposée jusqu'au 13 avril; à cette date, on l'expédiera à Hanoï.

STATUE DE BROCA. — Le prolongement du boulevard Saint-André, qui ira de la place Saint-Michel à l'Ecole de Médecine, va nécessiter quelques modifications dans l'aménagement actuel du terre-plein sur lequel s'élève la statue de Broca. On s'est décidé à transporter cette statue dans une des cours de l'Ecole. En revanche, le monument de Danton va être édifié à l'extrémité du terre-plein opposée à celle où se trouvait la statue de Broca.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — **M. le Pr TARNIER.**[1]

Deux nouveaux instruments :

Leçons cliniques recueillies par E. BONNAIRE.

I.

L'ÉCARTEUR DU COL UTÉRIN.

Messieurs,

Je viens d'avoir l'occasion d'appliquer, chez la femme couchée au n° 6 de notre salle de gynécologie, un instrument auquel j'ai donné le nom d'*écarteur du col utérin* et qui fait pour la première fois son apparition à la Clinique.

La femme dont il s'agit a été reçue ici avant le terme de sa grossesse ; son bassin est vicié et il était nécessaire de pratiquer chez elle l'accouchement prématuré artificiel.

Dans ce but, j'ai commencé par appliquer, il y a quatre jours, mon ballon dilatateur intra-utérin. Comme toujours, la présence de ce corps volumineux laissé en place entre la paroi musculaire et les membranes de l'œuf, a déterminé des contractions, et, l'utérus continuant à réagir, il y a eu un commencement de travail. Le col s'est en grande partie effacé ; le ballon a franchi l'orifice interne et est venu se mettre au contact de l'orifice externe : celui-ci, à son tour, s'est dilaté, et le ballon n'a pas tardé à être propulsé en totalité dans le vagin. Nous étions en droit d'espérer que les choses allaient suivre leur allure habituelle et que l'expulsion du ballon n'allait pas interrompre la mise en train du travail. D'ailleurs, pour entretenir dans la mesure du possible l'excitation réflexe de l'utérus, on eut bien soin de laisser toute la nuit dans le vagin, au contact du col, le ballon demeuré gonflé et affectant le volume d'un œuf de poule.

Cependant, il n'en a pas été ainsi : l'utérus, comme satisfait de s'être débarrassé du corps étranger qui le gênait, a cessé de se contracter. Ce fait, je le reconnais bien volontiers, n'est pas exceptionnel : aussi, est-ce là un des inconvénients et, pour dire plus juste, le seul inconvénient qu'on puisse objecter à ce mode de provocation de l'accouchement prématuré.

Quand je revis la malade, vingt-quatre heures après l'introduction et douze heures après l'expulsion du ballon dilatateur, il n'y avait plus de douleurs ; le col, en partie reformé, demeurait assez largement béant pour admettre l'introduction de deux ou trois doigts. Le mieux à faire dans ces conditions était d'attendre ; bien souvent, en effet, après une période d'accalmie d'une durée de quelques heures, on voit renaître les contractions douloureuses et le travail évoluer normalement jusqu'au bout. Pour favoriser ce réveil du travail, je conseillai à la femme de rester debout dans la journée et de marcher ; mais, cette fois encore, nous n'eûmes pas de résultat. Le lendemain matin, trouvant toujours les choses en état, je me décidai à intervenir plus activement et appliquai alors devant vous l'écarteur du col utérin.

Bien que nouveau pour vous, cet instrument n'est cependant pas un nouveau-né. Il y a plusieurs mois déjà que je l'ai fait construire par M. Collin et je l'ai appliqué pour la première fois au mois de juillet dernier, c'est-à-dire il y a six mois, dans mon service de la

Maternité. Depuis cette époque, Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, l'a appliqué au moins une cinquantaine de fois. Toujours nous avons obtenu des résultats excellents, souvent même véritablement surprenants tant la marche du travail de l'accouchement peut être accélérée, et jamais jusqu'ici nous n'avons eu à relever d'inconvénients imputables à son emploi.

L'instrument, très simple, se compose de deux tiges métalliques, coudées à angle très obtus en leur milieu, s'adossant par leur coudure et s'articulant en ce point par emboîtement sans se croiser. Chaque tige se termine par deux extrémités de forme différente. D'un côté est une ailette à bords arrondis et coudée à angle mousse sur la tige, qui doit être portée au-dessus de l'orifice interne ou de l'orifice externe du col, selon que celui-ci n'est pas ou est effacé.

L'autre extrémité, disposée en forme de crochet arrondi, demeure en dehors des voies génitales et doit fournir support à un ou plusieurs anneaux de caoutchouc. Le plus souvent, il suffit de faire usage des deux branches dont je viens de vous parler; cependant, l'instrument comprend une troisième tige, semblable comme dimensions et forme aux deux autres, s'articulant au moyen d'une glissière qui permet à l'ailette de cette troisième branche de s'appliquer à un niveau différent de celui des ailettes des deux autres branches. L'écarteur est même construit de telle façon qu'on pourrait, si la chose n'était pas superflue, lui adjoindre une quatrième branche qui s'articulerait symétriquement à la troisième (Voir *Fig.* 65).

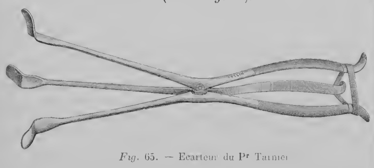


Fig. 65. — Ecarteur du Pr Tarnier

Non seulement cette quatrième branche est inutile, mais le plus souvent on peut se dispenser d'employer la troisième, les résultats obtenus étant tout aussi efficaces avec deux branches qu'avec trois.

La partie essentielle de l'écarteur est constituée par les anneaux de caoutchouc qui s'adaptent aux crochets. Ils sont destinés à exercer une force de faible intensité et par conséquent inoffensive, mais très efficace à cause de la continuité et de l'égalité de son mode d'action. On peut employer des anneaux de largeur et d'épaisseur variées, toutefois, comme il est indispensable que la force exercée soit aisée à contrôler, je conseille de faire usage de ces rubans circulaires, taillés à l'emporte-pièce dans une mince feuille de caoutchouc rouge et dont on se sert pour maintenir les rouleaux de papier. J'ai fait des expériences à la Maternité, avec le concours de Mme Henry, pour évaluer en grammes l'action de ces anneaux plats. Cette action varie avec le nombre des anneaux employés et avec leur tension qu'on mesure par le degré d'écartement des crochets qui les supportent.

L'écarteur s'applique exactement comme le forceps, c'est-à-dire les deux branches l'une après l'autre, mais je me hâte de dire que l'application de l'écarteur est autrement facile que celle du forceps. Vous avez pu vous en convaincre à propos de la femme qui fait l'objet de cette leçon.

Pour mettre en place les deux branches de l'écarteur, vous pourrez, quand vous aurez quelque habitude de cet instrument, les introduire sans déplacer la femme. Vous ferez mieux, cependant, de mettre votre opérée dans la position obstétricale, et, si vous voulez vous placer dans des conditions de commodité encore meilleures, je vous conseille de la disposer dans l'attitude à laquelle j'ai eu recours devant vous qui n'est autre que la position obstétricale un peu modifiée.

Au lieu de placer la femme dans la posture classique, c'est-à-dire les cuisses en abduction et à peine fléchies sur le tronc, les jambes à angle droit sur les cuisses et maintenues par des aides assis, je lui ai donné l'attitude de la taille prérectale; j'ai fait maintenir par des aides debout les jambes et les cuisses fléchies au maximum et portées en abduction.

Ainsi disposée, la femme a le pubis horizontalement dirigé et on est surpris de la facilité avec laquelle le col utérin devient accessible. Toutes précautions antiseptiques prises, j'ai introduit successivement les deux branches de façon que les ailettes vinssent se placer au-dessus de l'orifice interne du col, dans la direction du diamètre transverse du bassin, et sur les crochets extérieurs j'ai fixé deux anneaux de caoutchouc.

Il était alors onze heures et demie. L'après-midi s'écoula sans que la femme éprouvât aucune manifestation de travail. Je revins le soir à six heures et demie à l'hôpital. A ce moment seulement la femme commença à accuser de légères contractions utérines, courtes et très espacées. En dehors des contractions, elle ne souffrait nullement de la présence de l'écarteur et n'éprouvait autre chose qu'une sensation de « tension dans les reins ».

A dix heures du soir, les contractions devenaient plus fortes et plus rapprochées et la femme était franchement en travail. A dix heures et demie, la dilatation du col offrait les dimensions de la paume de la main. Mon chef de clinique, M. Bonnaire, retira à ce moment l'écarteur et ne jugea pas utile de le réappliquer. Toutefois, pour assurer la régularité et augmenter l'énergie des contractions utérines, dans la crainte d'une nouvelle rétrocession du travail, M. Bonnaire eut recours à une petite manœuvre qu'il m'a vu recommander et employer à la Maternité, depuis 1884. Cette manœuvre consiste à opérer le pincement à pleines mains de toute l'épaisseur de la paroi abdominale sur les côtés de l'utérus. Par ce pincement, on excite les nerfs intra et sous-dermiques et on agit par voie réflexe sur la contractilité de l'utérus. Il est facile de déterminer par cette manœuvre la production de contractions utérines et surtout de renforcer les contractions spontanées.

Le travail évolua assez rapidement et, malgré la viciation pelvienne, à 4 heures du matin la femme accoucha spontanément d'un enfant en parfait état.

Dans ce fait clinique, l'écarteur nous a rendu un très grand service. Souvent son action ocytocique est bien plus rapide que nous ne l'avons observé ici, mais aussi nous pouvons nous demander si, à l'heure où je vous parle, notre malade eût pu être accouchée artificiellement sans le secours de cet instrument. Sachez bien, en effet, qu'il n'est rien de plus variable que la marche de l'accouchement prématuré artificiel. A côté de femmes qu'un toucher maladroit suffit à faire accoucher prématurément presque sur-le-champ, il en est

d'autres chez lesquelles l'application du ballon dilatateur intra-utérin, l'introduction des bougies allant décoller les membranes jusque tout autour du placenta et les douches vaginales répétées, mettent une semaine et plus à déterminer l'expulsion de l'enfant.

II

LE DOUBLE-LEVIER.

Il y a 3 jours, on est venu me chercher dans la nuit pour une femme que vous avez vue couchée au n° 2 de notre salle de gynécologie, et dont l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément.

Il s'agit d'une multipare de 26 ans, enceinte pour la troisième fois. Elle a été accouchée à la Clinique une première fois, il y a 4 ans, à l'aide du forceps. L'enfant, bien que né à terme, était petit et n'a vécu que 2 jours.

Il y a 18 mois, on l'a fait accoucher prématurément au septième mois de sa grossesse et l'enfant n'a vécu que 5 heures.

Cette femme est venue nous trouver le 26 janvier, enceinte de près de 8 mois. Ses dernières règles sont apparues du 28 mai au 5 juin 1888. Ses antécédents de la première enfance, l'histoire de ses deux premiers accouchements et surtout l'examen de son squelette, nous ont fait voir qu'il s'agissait d'une rachitique. Par le toucher mensurateur, nous avons constaté que le diamètre promonto sous-pubien était de 9 c. 8, et ce chiffre, après déduction de 1 c. 1/2, nous a montré que le diamètre minimum ou utile du détroit supérieur dépassait de très peu les dimensions de 8 centimètres. Il fallait donc faire accoucher cette femme avant terme et le 6 février j'ai appliqué chez elle le ballon dilatateur intra-utérin.

Comme toujours, cette petite opération a été facile, il ne s'est écoulé ni sang, ni eau, et au bout de quelques heures le travail s'est déclaré. A 10 heures du matin j'ai appliqué le ballon ; à 4 heures du soir sont apparues les premières contractions douloureuses ; à 6 heures le ballon était chassé dans le vagin et laissé au contact du col jusqu'à 2 heures du matin ; à 6 heures du matin, le 6, la dilatation avait les dimensions d'une pièce de 5 francs, la tête fléchie était arrêtée au-dessus du détroit supérieur en O. I. G. T.

La poche des eaux était intacte et la mère et l'enfant ne souffraient nullement. Toute la journée du 6 il y eut peu de contractions et ce n'est que le soir, à 11 heures, qu'on put constater que le col, incomplètement dilaté, était entièrement dilatable. A partir de 11 heures, les contractions se succédèrent plus énergiques, mais sans parvenir à engager la tête, considérablement inclinée sur son pariétal postérieur et défléchie au point que la grande fontanelle était plus aisément accessible que la petite.

Prévenu de cet état de choses, j'arrivai auprès de la parturiente à 1 h. 45 du matin et je me décidai à terminer de suite l'accouchement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Ne voulant pas faire courir à ce dernier les risques de la version, il me fallait en faire l'extraction à l'aide des instruments. Je pouvais d'emblée tenter une application de forceps, mais l'inclinaison sur le pariétal postérieur était tellement exagérée qu'il ne nous fallait pas compter sur une prise favorable de la tête : tenter d'appliquer le forceps, c'était presque certainement s'exposer à un insuccès. Je pouvais, il est vrai, en mettant en place les cuillers dans le sens antéro-postérieur et en me servant de la branche antérieure en guise de levier pour redresser la tête, comme l'a conseillé M. Pinard, espérer avoir une prise suffisamment bonne. C'est à ce procédé d'application de forceps que j'aurais eu recours si l'inclinaison du sommet n'eût pas été outrée et si je n'avais pas eu sous la main un instrument qui me donnait l'espoir de redresser et d'engager la tête.

Cet instrument, auquel j'ai donné le nom de double levier a été construit par M. Collin sur mes indications il y a quelques mois. C'est la première fois que j'étais appelé à l'appliquer sur le vivant, mais les expériences que j'avais faites sur le mannequin à l'aide de cadavres d'enfants, m'avaient déjà suffisamment instruit sur son mode d'application et sur les résultats qu'il peut donner.

Cet instrument diffère des leviers connus et décrits jusqu'ici en ceci, qu'au lieu d'être formé d'une branche unique, il est constitué par deux branches qui se juxtaposent et s'accouplent. Les deux branches ont des cuillers de même forme, mais diffèrent un peu par leurs manches. Les cuillers, plus courtes et moins larges que celles du forceps, offrent une double courbure : une courbure céphalique sur le plat peu prononcée et une courbure sur leurs bords qui donne à l'intervalle compris entre les deux cuillers une forme elliptique, quand les deux manches sont juxtaposés parallèlement.

Pour vous donner une idée générale de la forme de l'instrument mis en place, je ne puis mieux le comparer qu'à un forceps à branches parallèles dont les cuillers auraient été tordues de façon, non plus à se faire vis-à-vis, mais à se placer côte à côte.

Les deux branches doivent être appliquées de telle manière que les cuillers se regardent par la concavité de leurs bords. Il y en a deux comme pour le forceps ; une branche gauche et une branche droite. Les deux manches sont très longs et fournissent une prise solide à la main. La longueur des manches a, en outre, pour but d'accroître la puissance du levier. Le manche de la branche droite présente un peu au-dessous de la cuiller une gorge destinée à loger et à maintenir en place la branche gauche. L'extrémité inférieure de la branche droite est, de plus, munie d'une petite tige en forme de clou qui s'en détache à angle droit ; elle doit s'introduire sans frottement dans une mortaise forée sur l'extrémité inférieure de la branche gauche. Les deux poignées sont munies en bas de deux ailettes destinées à fournir arrêt et appui à la main, en haut de deux gorges devant recevoir une tige mobile, indépendante, qui sert par le moyen d'une vis de rappel à volant à rapprocher à volonté et à maintenir conjugués les deux leviers. Les extrémités de cette petite tige mobile fournissent, elles aussi, un appui aux doigts pour les tractions.

Ainsi constitué dans son ensemble, cet instrument est d'une application très facile, il offre une prise très solide aux mains et n'a aucune tendance à déraper. Il devra cependant subir quelques petites modifications dans sa construction, en ce qui concerne la tige qui sert à conjuguer les deux branches. Les extrémités de cette tige appuient très fortement sur les tissus maternels et j'ai eu quelque peine à les saisir avec mes doigts recourbés en crochets. Ce n'est là d'ailleurs qu'un inconvénient de peu d'importance auquel il sera facile d'obvier.

Toutes les précautions antiseptiques dûment observées, j'ai rompu la poche des eaux et j'ai procédé à l'application du levier. J'ai pris soin de disposer la

femme dans la position obstétricale que je vous ai déjà décrite, c'est-à-dire cuisses fléchies sur le tronc et jambes fléchies sur les cuisses au maximum, les membres étant portées en abduction forcée par deux aides. J'ai commencé par introduire la branche gauche, mais j'eusse pu tout aussi bien commencer par la droite ; il n'y a pas en cela de règles d'application comme pour le forceps. La cuiller a été portée et guidée par les doigts de la main libre à l'extrémité gauche du diamètre transverse, puis, par un léger mouvement de spire, conduite derrière l'éminence ilio-pectinée gauche. Là, elle reposait sur la région pariéto-occipitale du fœtus, elle était à la place qu'elle ne devait plus quitter. Je la confiai à un aide en lui recommandant de la maintenir solidement. J'appliquai de même façon la branche droite, d'abord à l'extrémité du diamètre transverse, puis derrière l'éminence ilio-pectinée droite, la cuiller reposant sur la région fronto-pariétale.

Restaient à effectuer les deux derniers temps : d'articulation et de tractions. J'opérai l'articulation en fixant la tige à vis de rappel dans les gouttières destinées à la recevoir et je conjuguai les deux leviers à l'aide de cette vis.

Saisissant alors les manches à deux mains, la droite placée à l'extrémité inférieure, les ongles en dessous, la gauche placée sur la tige de l'articulation, les ongles en dessus, je tirai d'une façon soutenue en levant légèrement les manches. Sous l'influence de mes efforts on put suivre par le toucher le triple mouvement qu'exécuta la tête : mouvement de redressement qui ramena la suture sagittale au centre du bassin ; mouvement d'engagement qui amena le sommet près du plancher périnéal, à une distance à peine de deux phalanges de doigt de l'orifice valvaire et mouvement de flexion qui abaissa la petite fontanelle.

Le but que je poursuivais était dès lors atteint ; je n'avais plus rien à demander au double-levier et je retirai l'instrument. L'obstacle à l'accouchement avait disparu du moment où la tête avait franchi le détroit supérieur rétréci. Il suffisait de quelques contractions utérines pour voir le sommet achever sa rotation et se dégager.

J'attendis une heure, mais en vain : l'utérus demeura complètement inerte. Il me fallut, pour en finir, recourir à une application de forceps devenue très facile dans ces nouvelles conditions ; j'opérai ainsi sans peine l'extraction d'un enfant en parfait état et n'offrant nulle trace de traumatisme crânien.

En imaginant le double levier, je n'ai pas eu l'intention de créer un instrument destiné à faire concurrence au forceps. J'ai seulement voulu perfectionner et rendre véritablement pratique le vieux levier classique pour lequel je me suis toujours senti quelque sympathie, comme vous pouvez le voir par mes annotations du Traité de Cazeaux. Ainsi que le forceps, le levier a ses indications et les deux instruments ne sont pas faits pour se suppléer. Des expériences faites en commun avec Fabbri, en 1863, m'ont permis d'obtenir des succès avec le levier alors que j'avais échoué avec le forceps. Ce dernier est un instrument d'extraction ; le levier un instrument d'engagement. Son application se trouve donc indiquée, bien avant celle du forceps, dans les cas où la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur ; à plus forte raison au cas où cette tête est défléchie et inclinée sur le pariétal postérieur, comme c'est la règle dans les bassins aplatis bien que l'opinion contraire soit soutenue par différents auteurs. En pareil cas, le forceps ne peut que tirer ; ce n'est qu'accessoirement et imparfaitement qu'il peut redresser la tête grâce au procédé d'application de M. Pinard. Le double levier redresse, engage et fléchit la tête ; il fait donc exécuter à celle-ci les mouvements qu'elle aurait dû exécuter spontanément. Or, c'est là le principe capital qui doit présider à toute intervention obstétricale : je l'ai écrit et professé bien des fois et je ne crains pas aujourd'hui de le répéter une fois de plus. C'est ce principe qui depuis longtemps m'a poussé à chercher un levier sûr et non dangereux, conditions que me paraît remplir mon double levier, comme, je l'espère, l'expérience viendra le prouver.

En théorie, l'ancien levier était bon ; en pratique il n'en était pas de même. Voici en effet les objections et desiderata qu'on peut lui opposer :

1° En n'agissant que sur une des deux extrémités de l'ovoïde céphalique : occiput ou front, il perd une partie de sa force à fléchir ou défléchir la tête ; à ce titre, il ne travaille pas suffisamment à l'engagement.

2° En prenant un point d'appui unilatéral sur la surface courbe de la tête, il a tendance à déraper et à glisser de côté ; de là, tractions trop timides ou bien dangers pour les tissus maternels par suite du glissement si on ose tirer avec assez d'énergie.

3° Si, afin de faire face aux deux inconvénients qui précèdent, on l'applique à égale distance du front et de l'occiput, c'est-à-dire juste derrière la symphyse des pubis, il devient dangereux pour la mère : la contusion de la vessie, l'attrition de l'urèthre, la disjonction de la symphyse pubienne peuvent être les effets de son application.

Avec le double levier, ces desiderata cessent d'exister : les deux branches appliquées symétriquement sur l'ovoïde céphalique se soutiennent mutuellement à la façon des roues de wagon conjuguées sur les rails ; l'instrument ne dérape pas.

Au moment des tractions, toute la force est employée au redressement et à l'engagement de la tête ; l'opérateur reste maître de fléchir ou de défléchir celle-ci, selon qu'en tirant sur les manches de son instrument il incline ceux-ci du côté, soit du front, soit de l'occiput.

Enfin, le point d'appui du levier se trouve appliqué derrière les branches ilio-pubiennes, par conséquent en dehors de la région maternelle dangereuse qui répond à la symphyse des pubis.

Le seul reproche qu'on puisse faire à l'emploi du double levier, en le comparant à celui du forceps, est qu'il constitue une opération moins brillante par les apparences.

Le double levier ne permet pas l'extraction immédiate du fœtus qu'on obtient avec le forceps, il la prépare seulement en surmontant l'obstacle à l'accouchement. Mais il est bien certainement des cas (et je ne doute pas que celui qui fait le sujet de cette leçon ne soit du nombre) où l'application de forceps d'emblée ne peut aboutir heureusement, tandis que, précédée de l'intervention du double levier, elle donne un succès certain.

Comme vous le voyez, le forceps et le double levier ne sont pas des rivaux ; bien au contraire, ils sont appelés à s'aider mutuellement. Le premier restera toujours l'instrument de l'obstétrique courante par excellence ; mais le second, bien que ne comptant que des indications restreintes, pourra cependant rendre de grands services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. L. RANVIER décrit un nouveau procédé d'*observation microscopique de la contraction des fibres musculaires vivantes lisses et striées.* —Un muscle, dont les éléments sont à l'état de contraction, n'est pas nécessairement raccourci. Qu'un obstacle mécanique s'oppose à son raccourcissement au moment où il est sollicité à se contracter par la volonté ou par une excitation artificielle, il deviendra dur, se mettra en état de contraction sans rien perdre de sa longueur; il sera tétanisé tendu. C'est sur un tel muscle que M. Ranvier a fait ses observations. Pour les fibres striées, il emploie la membrane rétrolinguale de la grenouille. Il a constaté que, pendant la contraction, le stade homogène et l'inversion imaginés par Merckel n'existent pas : la striation ne disparaît dans aucune des phases du phénomène. Dans un muscle tétanisé tendu, les disques épais ont une moins grande longueur, tandis que les espaces clairs et les disques minces sont agrandis. Les disques épais paraissent donc être les seules parties contractiles des muscles striées : ces disques épais ont la forme cylindrique au repos; ils prennent la forme sphérique pendant la contraction, parce que la sphère est la forme qui correspond à la plus petite surface. — Pour l'examen des muscles lisses, M. Ranvier utilise le mésentère du Triton crêté : rien ne paraît changé dans la structure de la fibrille des muscles lisses lorsqu'elle passe du repos à la contraction; elle perd de sa longueur et augmente d'épaisseur, elle tend en un mot à la forme qui réduirait sa surface aux plus petites dimensions.

M. GAMALEÏA signale l'*action diarrhéique des cultures du choléra.* — Dans la méthode de vaccination préventive du choléra imaginée par l'auteur, les cultures vaccinifères sont stérilisées par chauffage à 120°. Cette haute température est nécessaire non pour détruire les vibrions cholériques, qui périssent à 55-60°, mais pour détruire sûrement quelques produits spécifiques de leur vie, des produits diastasiques gênant la vaccination et donnant lieu à des indurations et à des abcès. Les lapins supportent jusqu'à 80cc par kilogramme de ce vaccin à 120° injecté dans les veines. Les cultures stérilisées seulement à 60° sont très toxiques : elles amènent la mort à 10cc par kilogramme; les animaux présentent une diarrhée qui peut durer plusieurs heures. L'action diarrhéique disparaît dans les cultures chauffées au delà de 70° : elle persiste dans la solution des substances précipitées des cultures par l'alcool. M. Gamaleia montre que ces faits établissent une distinction entre les matières vaccinantes et les matières morbifiques.

M. BOUCHARD, à propos de cette communication, rappelle qu'il a reproduit, en 1884, les symptômes cholériques chez le lapin, en injectant, dans les veines de ce dernier, des urines d'hommes morts du choléra. La part de toxicité appartenant aux diastases ressort des expériences de M. Gamaleïa comme de celles de MM. Arloing, Christmas, Roussy, Roux et Yersin. La constatation de M. Gamaleïa a un intérêt particulier : elle établirait que le pouvoir vaccinant n'appartient pas à ces substances diastasiques auxquelles appartient une part au moins de la toxicité. Ce fait ressort aussi de recherches entreprises depuis plusieurs mois dans le laboratoire de M. Bouchard par MM. Arnaud et Charrin, sur les produits solubles du bacille pyocyanique. Ces expérimentateurs ont vu que le liquide de distillation des cultures n'est pas toxique, mais est vaccinant; que la matière diastasique précipitable par l'alcool est morbifique, mais non vaccinante. M. Bouchard montre que toutes ces expériences confirment l'opinion émise autrefois par lui au sujet de la différence radicale qui existe entre les matières morbifiques et les matières vaccinantes.

MM. JOLY et DE NABIAS étudient l'*action physiologique de l'hydrogène arsénié.* — Suivant la quantité de gaz arsenical contenu dans un mélange et le temps pendant lequel on donne ce dernier à respirer à un animal, on produit l'empoisonnement aigu ou subaigu, le premier se terminant par la mort au bout de quelques minutes ou de quelques heures, le second pouvant se prolonger un ou plusieurs jours. C'est dans ce dernier cas seulement qu'il se manifeste de l'hémoglobinurie : le sérum renferme parfois, à l'état dissous, plus de la moitié de l'hémoglobine du sang. D'autre part, une partie de l'hémoglobine se transforme en méthémoglobine. Dans les empoisonnements par l'hydrogène arsénié, la présence de l'arsenic dans le sang peut être décelée par la méthode de Marsch.

M. LÉZÉ indique un *nouveau procédé de dosage de la matière grasse dans le lait.*

M. YVES DELAGE étudie le *développement des éponges siliceuses et l'homologation des feuillets chez les Spongiaires.*

M. KÜNCKEL D'HERCULAIS décrit le *mécanisme physiologique de l'éclosion, des mues et de la métamorphose chez les insectes Orthoptères de la famille des Acridides.*

M. L. MANGIN a découvert une *nouvelle substance fondamentale, la callose, dans la membrane des cellules végétales.*

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mars 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

M. LABORDE présente un *dynamomètre nouveau,* qu'il a fait construire par M. Verdin. Il a pu constater, à l'aide de cet appareil, que la force musculaire n'est pas diminuée chez les animaux qui ont subi l'ablation du cervelet.

M. DUPUY dit, à ce propos, qu'on observe pourtant une diminution sensible dans ces cas, immédiatement après l'opération.

M. LABORDE ne le nie pas, mais l'animal est alors sous le choc opératoire ; il faut attendre son rétablissement pour juger bien la question.

M. DUPUY. — Quand, au lieu du cervelet, on enlève les hémisphères cérébraux, on constate aussi cet affaiblissement dû au choc, mais il est moins marqué qu'après l'ablation du cervelet. On ne peut donc refuser à ce dernier organe tout espèce de rôle dans la réglementation de l'énergie musculaire.

M. JOURDAN envoie une note *sur la structure de la langue du Iorcal.* Cet oiseau, de la famille des Pies, se nourrit d'insectes qu'il happe avec sa langue, recouverte de papilles filiformes recourbées en crochet. A l'extrémité de la langue se trouve une formation cornée, très résistante, qui recouvre une quantité de corpuscules de Herbet, c'est-à-dire de terminaisons nerveuses fort semblables aux corps de Paccini des Mammifères.

M. LAGUESSE. — *Sur les vaisseaux de la rate.* — Il est à peu près universellement admis que les vaisseaux de la rate s'ouvrent librement dans les mailles de son réticulum conjonctif, mais ce fait constitue une telle anomalie dans l'organisme, que certains auteurs se refusent à l'admettre; d'autres ont voulu voir un endothélium à la surface des travées du réseau. L'embryogénie paraît en fournir l'explication.

D'après M. Laguesse, le tissu propre de la rate, chez les poissons au moins, dériverait non pas de l'épithélium péritonéal, comme le veut Toldt, mais du mésenchyme et des veines de l'intestin. A l'origine, il aurait une constitution assez analogue à celle du mésenchyme ordinaire, réseau de cellules anastamosées dont les mailles seraient remplies par d'autres éléments. Le fait dominant du développement serait la formation des veines. Un certain nombre des mailles, d'abord pleines, se creusent par retrait en dissolution d'une partie de la cellule contenue ; les cavités ainsi formées entrent en communication entre elles, et avec la veine intestinale toute voisine et dépourvue momentanément d'endothélium en ce point. Il en résulte un ensemble de cavités irrégulières qui se régula

risent à partir de leur embouchure dans la veine, pour former des veinules pénétrantes, tandis qu'à leurs extrémités, dans la profondeur du tissu, elles gardent jusque chez l'adulte le caractère lacuneux. Les cellules du réseau, qui cloisonnent et limitent ces lacunes, sont en continuité avec l'endothélium veineux, dont elles jouent le rôle. Dès l'origine, les éléments mis en liberté se transforment en globules du sang. Les artères n'apparaissent que tardivement. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Election de deux associés nationaux.

A la première élection, M. Raimbert, de Châteaudun, est nommé par 41 voix sur 49 votants. A la seconde, M. Diday, de Lyon, est nommé par 37 voix sur 39 votants.

M. le Président déclare deux vacances, l'une dans la section de pathologie médicale, l'autre dans la section de pathologie chirurgicale.

Il fait part de la mort de M. Trélat, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 Mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Juhel-Renoy envoie une note annonçant que la mère des enfants dont il a relaté les observations, dans la dernière séance, a été, à son tour, prise de *rubéole*. Elle avait eu deux fois la rougeole.

M. Huchard ne partage pas complètement l'avis de M. Talamon, relativement à la *classification* et au *pronostic de la variole*. Il croit que la distinction entre cette affection et la varioloïde doit être maintenue, car la fièvre de suppuration fait défaut dans cette dernière, ou, lorsqu'elle existe, n'a qu'une durée très éphémère (6 à 12 heures). Il pense qu'il faut aussi conserver la distinction entre les varioles cohérentes et confluentes, ces dernières étant forcément mortelles à cause des septicémies autochtones et des lésions du myocarde. Les varioles cohérentes sont très graves, mais pas forcément mortelles. Leur marche, leur nature, la durée des prodromes, les rapprochent plutôt des varioles discrètes. Il y a lieu d'admettre la différence établie par M. Talamon entre les varioles hémorrhagiques primitives et secondaires. Dans ces dernières, les hémorrhagies sont des accidents purement locaux.

Ces considérations amènent à la classification suivante :

Varioloïde : absence ou durée très éphémère de fièvre de suppuration. — Variole discrète : nombre restreint (30 au plus) de pustules à la face. — Variole cohérente : pustules rapprochées mais ne se confondant pas avant la période de suppuration. — Variole confluente : pustules réunies avant la suppuration. — Variole hémorrhagique secondaire. — Variole hémorrhagique d'emblée.

Au point de vue du pronostic, les varioles confluentes et les varioles hémorrhagiques d'emblée sont fatalement mortelles; les varioles cohérentes et les varioles hémorrhagiques secondaires sont graves; les varioles discrètes, ordinairement bénignes, peuvent être graves ; la varioloïde guérit toujours.

M. Chantemesse présente un jeune étudiant de son service atteint de rubéole. Pris le 17 mars de malaise, de céphalalgie et d'un peu de fièvre, ce malade présentait, le 19, un coryza intense, de l'angine et un engorgement de tous les ganglions lymphatiques surtout marqué au niveau de ceux du cou ; le 22 mars (6e jour) éruption sur la moitié gauche du front et la joue gauche de petites taches accompagnées de picotements, diarrhée abondante. Les jours suivants l'éruption se généralise prenant une apparence morbilleuse. L'aspect du malade rappelle la roséole syphilitique. Le 25 mars, douleurs dans les petites jointures. Le 28 mars, l'éruption persiste encore, les adénopathies ont beaucoup diminué, mais on les sent encore. Il y a encore un peu de catarrhe des yeux, du nez et des bronches. Ce cas diffère des cas ordinaires de rubéole par l'intensité et la durée du catarrhe, la présence de douleurs rhumatismales et la persistance de l'éruption.

M. Talamon croit la fréquence du catarrhe des muqueuses plus grande que ne le dit M. Juhel-Renoy. L'angine, quand elle existe, n'a pas la teinte cramoisie de l'angine scarlatineuse. L'absence ou la présence de phénomènes d'irritation des muqueuses ne doivent donc pas servir au diagnostic avec la rougeole. L'éruption de la rubéole diffère de celle de la roséole fébrile de Trousseau par son polymorphisme, sa ténacité plus grande ; la présence constante d'engorgements ganglionnaires dans la rubéole est un bon signe pour le diagnostic. Il n'y a pas, comme semblent le vouloir Bourneville et Bricon, identité entre la rubéole et la roséole fébrile.

M. Chantemesse. — Chez mon malade, le catarrhe muqueux a précédé de plusieurs jours l'apparition de l'éruption ; on ne peut donc compter pour le diagnostic sur la coïncidence de date de ces deux phénomènes.

M. Rendu. — La marche de la température semble différente de celle de la rougeole. Chez un de mes malades analogue à celui de M. Talamon, la température presque normale avant l'éruption a monté pendant les 2 premiers jours de l'apparition de celle-ci.

M. Cadet de Gassicourt. — Il ne faut pas trop compter sur la marche de la température, car j'ai vu des cas de rougeole sans aucune ascension thermique pendant la période prééruptive.

M. Sevestre. — Dans la grippe des enfants, les signes de méningite peuvent se présenter sous une forme légère qui disparaît rapidement ou plus intense ; une malade de 3 ans et 4 mois a présenté ainsi de la constipation, des douleurs d'oreilles, des vomissements, de la torpeur, une sorte de coma avec des températures de 40°,4. Au bout de 6 jours, amélioration rapide, tous les phénomènes disparurent. Le mode de début et les caractères de la fièvre rendent, en général, le diagnostic facile.

M. Laveran, discutant les conclusions du rapport présenté par M. Vaillard, dans une des précédentes séances, demande qu'on maintienne la double canalisation là où elle existe, et qu'on prenne toutes les mesures possibles pour éviter le gaspillage de l'eau de source. Il n'est pas partisan de la filtration des eaux de la Seine au moyen des bassins de sable, pensant que la Ville pourra toujours se pourvoir suffisamment d'eau de source ; que les circonstances, amenant la suppression de cette eau, ne se produiront pas, et qu'il est inutile de faire dans cette éventualité seule une si grosse dépense.

M. Vaillard maintient qu'on sera toujours obligé de recourir, à un moment ou à l'autre de l'année, à l'eau de la Seine, malgré les promesses des ingénieurs. Il faut donc prévoir la dépuration de ces eaux. Sous ce rapport, les filtres à bassins de sable, sans être parfaits, offrent des avantages considérables. — La question de l'investissement a semblé très importante à la commission. C'est principalement dans cette vue qu'elle a proposé l'adoption des bassins de sable.

M. Laveran. — Ces bassins coûteront des millions. — En cas de siège, on aura toujours le temps et les moyens de créer des filtres moins dispendieux.

M. Dumontpallier montre que la Société n'a pas à s'occuper de la question de dépense, mais seulement des meilleurs procédés de préservation des eaux potables. — Il met aux voix les conclusions du rapport de M. Vaillard, qui sont adoptés.

M. Troisier présente la pièce anatomique d'un cancer de la capsule surrénale avec cancer secondaire du rein, lymphangite pulmonaire généralisée (superficielle et profonde). cancer des ganglions prévertébraux et propagation au canal thoracique qui présente deux tumeurs. — La maladie avait débuté par des hématuries entre lesquelles se produisaient des mictions normales ; le malade présentait une tumeur dans l'hypocondre gauche. On diagnostiqua une lésion d'un seul rein. Le malade ne fut pas opéré. Bientôt il devient cachectique, prend l'aspect tuberculeux, se met à tousser et rend un jour un ganglion qui paraissait caséeux. — L'examen montra plus tard que ce ganglion était cancéreux. Si l'examen avait été fait du vivant du malade on eût pu arriver au diagnostic exact de son affection.

MM. Chantemesse et Widal présentent à la Société un ma-

lade atteint de troubles trophiques simulant ceux d'une névrite radiculaire du plexus brachial consécutifs à un traumatisme. Ce malade présente des stigmates multiples et positifs d'hystérie.

M. Joffroy, qui a vu aussi ce malade, pensait, ainsi que M. Charcot, qu'il s'agissait bien là d'hystérie; mais il leur manquait, pour porter un diagnostic ferme, la constatation des stigmates reconnus par M. Chantemesse, et qui lèvent tous les doutes.

M. Ferrand, qui a vu aussi ce malade, dit qu'il a présenté, à un certain moment, des phénomènes thoraciques qui avaient fait porter le diagnostic de phtisie pulmonaire. On ne trouva pas, cependant, de bacilles dans les crachats. Bientôt ces symptômes ont disparu.

M. Joffroy raconte l'histoire d'un malade ayant présenté, pendant la période pyrétique d'une grippe, un accès de délire avec agitation maniaque, caractérisé par une perte absolue de la mémoire. Le malade ne reconnaissait personne, prenait des étrangers pour ses amis intimes et ne se souvenait ni des faits anciens, ni des faits récents. Par moment, mutisme absolu; par d'autres, il chantait des refrains populaires ou parlait de ses occupations professionnelles et sortait de son lit pour s'y livrer. Pas de fureur. Parfois accès de terreur. Il est difficile d'établir s'il avait des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Sa parole était très brève, saccadée, quelquefois embarrassée comme dans la paralysie générale. Ce délire disparut le 18e jour de la maladie en même temps que la fièvre. La mémoire et l'intelligence revinrent rapidement, et, 3 semaines après, le malade put reprendre ses occupations sans conserver le moindre vestige de trouble mental.

M. Joffroy signale, à la suite de névralgies cervico-brachiales, survenues dans l'influenza, une atrophie musculaire évidente et des symptômes de névrite. On peut admettre qu'il s'agirait dans ces cas de méningite spéciale, et, en effet, M. Joffroy a trouvé des plaques de méningite cérébrale limitée, chez des malades morts de pneumonie grippale. On pourrait admettre aussi qu'il s'agit de névrites infectieuses, mais ce ne sont là que des hypothèses. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 avril 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. le Président lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. le Pr Trélat, ancien président de la Société (1).

La séance est ensuite levée en signe de deuil. M. B.

REVUE DE LARYNGOLOGIE

I. — **Corps étrangers du larynx**; par le Dr Moure. — O. Doin, éditeur. — Paris, 1889.

II. — **Fistules branchiales**; par le Dr Schiffers. — Masson, éditeur. — Paris, 1889.

I. — Le Dr Moure ayant observé plusieurs cas de corps étrangers du larynx, tels que grains de melon, de maïs, de blé, aiguille, noyau de prune, fait observer que, dans un cas, l'expulsion s'est faite spontanément par les voies naturelles ; dans trois cas, on a dû avoir recours à l'intervention chirurgicale, et que, dans les deux derniers cas, la mort s'en est suivie faute d'intervention. Les corps étrangers peuvent séjourner pendant un temps assez long dans le larynx. On a cité des cas dans lesquels la tolérance a duré dix et onze ans (sifflet de bois, pièce de dix sols, fruit de hêtre). Il est généralement nécessaire d'intervenir chirurgicalement, sans anesthésie locale, ou tout au plus après avoir rendu insensible le pharynx et l'entrée du larynx chez les malades qui supportent mal les intruments. Si le corps étranger a pénétré profondément dans l'organe vocal, il faut pratiquer la trachéotomie avant de chercher à l'extraire. On pourra alors enlever le corps par la bouche ou par la fissure thyroïdienne ou thyro-hyoïdienne, que l'on fait consécutivement. Le corps étranger est-il dans la trachée ou les bronches, il faut pratiquer la trachéotomie et essayer de saisir rapidement l'objet qui se présente à l'orifice de la plaie, au moment où il est chassé par la toux quinteuse qui suit l'ouverture des voies aériennes.

II. — A propos de l'observation d'un malade âgé de 30 ans, atteint d'une fistule congénitale de la partie inférieure du cou par laquelle s'écoulait un liquide clair, devenu plus tard purulent, le Dr Schiffers attire l'attention sur les kystes dûs aux fistules branchiales et propose de les guérir par l'excision. Après avoir relaté l'historique de ces malformations, le Dr Schiffers dit que l'organisation parfaite de ces fistules, leur siège constant, leur ouverture du côté du pharynx, ne peuvent laisser aucun doute sur leur origine branchiale. Celles dont l'orifice cutané est près du sternum, les plus communes résultent d'un trouble apporté dans l'évolution de la 4e fente. La fistule peut être complètement fermée et il ne reste à la peau qu'une cicatrice sans ouverture proprement dite. Le diagnostic sera possible, s'il existe encore une ouverture de l'autre côté, c'est-à-dire si la fistule était bilatérale. Heusinger a observé un cas où de l'autre côté du cou, à une place symétrique, il existait une cicatrice évidente avec plusieurs enfoncements, sans orifice à proprement parler. L'ouverture interne est souvent difficile à déceler. Le meilleur moyen, comme nous l'avons dit, est l'emploi du laryngoscope. On la voit parfois dans l'arc pharyngo-palatin ; elle a été constatée deux fois latéralement, derrière les cornes de l'os hyoïde en arrière et en avant du muscle pharyngé-palatin, près de l'amygdale (Neuhörfer). L'ouverture n'a jamais été trouvée dans le larynx. Ordinairement, elle est très petite et ressemble à celle du conduit lacrymal. Toujours le canal se dirige vers le haut, contre le pharynx. Dans un seul cas, signalé par Roth, le trajet se dirigeait en bas vers la poignée du sternum. C'est par l'examen direct que l'on peut le mieux s'assurer de l'ouverture interne, car l'injection de liquides colorés ou sapides n'est pas à recommander, parce qu'elle se pratiquera difficilement et ne permettra pas de conclure négativement s'ils ne pénètrent pas dans le pharynx. En effet, le trajet est souvent sinueux, l'orifice interne est très petit et le liquide ne pourra toujours se frayer un chemin jusque dans la cavité pharyngienne. Si l'ouverture est plus large, ce qui est exceptionnel, l'examen sera d'autant plus facile; il y aura des phénomènes de régurgitation plus ou moins fréquents. En exerçant une pression de bas en haut sur les parties latérales du cou, à partir de l'orifice cutané, on pourra faire sortir le contenu du trajet ; pas n'est besoin de recourir aux injections. A propos du diagnostic de l'ouverture interne, par l'introduction du stylet, on a signalé la toux comme indiquant que l'instrument avait pénétré dans le pharynx. Mais ce n'est pas toujours le cas, la fistule peut être quand même borgne externe. Peut-être la toux alors est-elle due à une innervation non encore démontrée du trajet du pneumo-gastrique (Cusset). Une fistule branchiale par l'oblitération de ses orifices se transforme en un kyste qui pourrait être appelé également kyste branchial secondaire. Ce dernier est un kyste prorogène, d'après la division de Broca, c'est-à-dire qu'il est développé aux dépens d'une cavité préexistante, vestige d'un organe embryonnaire incomplètement développé. On a admis ce mode de production, et cette opinion est généralement accréditée, qu'au niveau de la face et du cou une fente branchiale peut se refermer sur un diverticulum cutané qui continuera à vivre avec ses glandes dont les fonctions ne s'interrompront point (Verneuil). Comme le dit Kœnig, dans son *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, (I, p. 484), cette dépendance des fistules branchiales de processus tératologiques nous donne l'explication d'une série d'autres lésions pathologiques rencontrées au cou. Les diverticulums congénitaux du pharynx, qui se voient du reste rarement, doivent être vraisemblablement considérés comme des fistules borgnes internes. En outre, les tumeurs kystiques du cou sont à considérer en partie comme congénitales, comme des restes élargis patholo-

(1) On trouvera, plus loin, ce discours *in extenso*.

giquement de fentes branchiales, tandis qu'il se développe seulement à une époque plus tardive des kystes et des épithéliomas venant des résidus de ces fentes. De cette façon, on a l'explication d'un kyste recouvert d'épithélium dans la paroi d'un vaisseau ; l'existence d'un carcinome dans la même région se comprend aussi plus aisément d'après les données qui ont cours actuellement.

J. BARATOUX.

CORRESPONDANCE

L'Hypnotisme en Allemagne. — Distribution d'Energie Electrique à l'Hôpital. — Congrès Balnéologique de Berlin. — Diphtérie et Fièvre Typhoïde à Berlin.

Berlin, 14 mars 1890.

Très honoré Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous informer que la seconde édition de l'ouvrage de Moll, intitulé l'*Hynotisme* (*Der Hypnotismus*), est parue. Vous n'ignorez pas que M. Moll a introduit en Allemagne l'hypnotisme sous la forme qu'on lui avait fait connaître pendant ses études à Nancy et à Paris. Moll, à son arrivée à Berlin, a été l'objet de violentes attaques. Ewald, Mendel et autres lui ont présenté de sérieuses objections contre l'emploi thérapeutique de la suggestion; il les a, dans son livre, soumises à une critique détaillée et les a combattues au chapitre VII augmenté par lui dans ce but. Le chapitre V, intitulé : *Théorie*, a subi un complet remaniement. Moll y montre notamment que bien des symptômes de l'hypnotisme se produisent souvent spontanément dans la vie normale et que par suite l'hypnotisme n'est qu'un moyen de déterminer, par la provocation de certaines conditions favorables, les symptômes en question plus facilement et plus sûrement. Les modifications introduites par cette nouvelle édition devant être tenues pour de réelles améliorations et même pour de précieuses acquisitions, nous ne doutons pas qu'elle ne reçoive un accueil aussi favorable que la précédente.

L'Electrothérapie pratique vient de s'enrichir d'un perfectionnement important à la policlinique du professeur Bernhardt. Ce ne sont plus comme jadis les éléments producteurs d'électricité qui servent à l'excitation des malades. La Compagnie électro-mécanique de Berlin fournit l'électricité dans les pièces de la policlinique, comme la Compagnie du Gaz fournit le gaz. Elle sert au professeur Bernhardt un courant de 100 volt; on le dose, on le transforme, on l'affaiblit à volonté, dans des conditions mathématiques et suivant les besoins. Ce que M. Bernhardt a obtenu pour les courants continus, M. Bröse l'a fait exécuter par les courants faradiques ; la Compagnie des machines dynamo-électriques lui donne l'agent dont il a besoin pour les interventions gynécologiques, notamment pour l'électrolyse. C'est, on en conviendra, une innovation heureuse qu'apprécieront surtout les hôpitaux qui ont à leur disposition une machine dynamo-électrique, les batteries humides étant, dans l'espèce, tout à fait superflues (1).

(1) Dans un récent article sur la *distribution de l'énergie électrique à l'hôpital* (1), nous avons dit : *On peut utiliser, à l'hôpital, les courants constants, produits dans les stations centrales d'électricité par des machines dynamo-électriques* et amenés dans la salle des malades. — Comme le rapporte notre correspondant, un médecin allemand a récemment mis en pratique cette idée. Au moyen de rhéostats, il a pu diminuer la tension de ces courants, sans avoir à recourir à l'emploi d'accumulateurs. Puis, à l'aide d'une bobine d'induction, il a transformé ces courants, fournis par des dynamos, en courants interrompus. Il les a aussi utilisés pour l'électrolyse (applications gynécologiques). — Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette expérience, *qui n'est pas neuve*, puisqu'elle a été faite depuis longtemps, nous l'avons dit, au Dispensaire Pérelre (il est vrai, avec de l'électricité provenant d'accumulateurs chargés par une station privée, et non publique), c'est que M. le Dr Bröse a constaté que l'économie réalisée ainsi est considérable, l'entretien des piles à domicile étant infiniment plus coûteux (2). — Nous répétons qu'il s'agit là d'une réforme très importante ; les Anglais, ces gens si pratiques, en ont de suite compris l'intérêt, puisque le *British medical* a analysé notre article du *Progrès*. Quand donc les Administrations françaises voudront-elles marcher à l'avant-garde du Progrès ?

Marc. B.

(1) *Progrès médical*, 4 janvier 1890, n° 1, p. 4.

Le 12e *Congrès balnéologique*, qui a eu lieu la semaine dernière, nous offre les primeurs suivantes : M. le prof. Liebreich vante l'activité microbicide d'une préparation conservable d'ozone, qu'il appelle *antibakterikon*. Il l'a fait fabriquer dans l'usine de M. Graf et Cie, de Berlin. C'est une substance antibactérienne par excellence. M. le prof. Kisch a fait aussi une communication sur l'*obésité et les hémorrhagies ;* M. Schott, sur la *neurasthénie et les maladies du cœur ;* M. Markus (de Pyrmont), sur le *traitement du saturnisme.* M. Markus s'élève contre l'emploi des bains froids chez les chlorotiques ; il rejette également les altitudes dans cette maladie. Enfin, dans la dernière séance, M. Grœdel a lu un mémoire sur les *palpitations nerveuses* ; à propos de la discussion, M. le professeur Liebreich a présenté plusieurs observations. Signalons également le travail de M. Boas sur les principes du régime dans les *affections chroniques*, notamment dans les *maladies chroniques des organes digestifs* (1).

A la séance du 12 mars de la Société médicale de Berlin, M. le prof. Virchow a montré les *tracés graphiques de la diphtérie et de la fièvre typhoïde à Berlin.* C'est un compendium d'éléments statistiques pour les années 1883-1888 à la lumière principalement de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi l'an dernier. Tandis qu'en 1883 il y avait eu 8628 cas de diphthérie, dont 2655 cas de mort, on compta, en 1884, 8,965 diphthéritiques ; il n'y eut à déplorer que 2,644 morts. Cette année les cas de maladie furent moins nombreux et la mortalité se montra moins sévère ; il n'y eut, en 1888, que 5,108 cas, dont 1,018 cas de mort. Pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de 1888, les vieux quartiers de la ville et ceux qui occupent la rive gauche de la Sprée furent plus éprouvés que les autres. Les recherches relatives aux causes de l'épidémie n'ont pas produit de résultats précis.

L. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques ; par le Dr G. LYON. Paris, 1890. — Steinheil, éditeur.

Depuis quelques années, l'examen clinique du suc gastrique a pris une grande extension pour le diagnostic des affections stomacales. La thèse de notre collègue, le Dr Lyon, est un travail très complet sur ce sujet. Abordant l'étude physiologique du liquide de l'estomac, l'auteur nous apprend, avec le Pr Richet, que ce suc contient de 1 à 2 pour 100 d'acide chlorhydrique. Au début de la digestion, il renferme en outre de l'acide lactique provenant de la fermentation des produits amylacés et sucrés. La pepsine n'agit qu'en présence de l'acide, elle existe dans les glandes à l'état de propepsine, qui se modifie par l'action de l'HCl. La quantité peut être infime pour produire la digestion, pourvu que l'acide chlorhydrique soit en quantité suffisante. La pepsine paraît être toujours suffisante. Le lait se coagule dans l'estomac en présence du ferment lab ou présure, qui peut agir dans un milieu neutre, et dont la quantité est indépendante de celle de l'HCl et de la pepsine. En outre le suc gastrique contient du mucus.

Les acides diffèrent dans le suc gastrique suivant les aliments dont s'opère la digestion. S'il s'agit d'albumine ou d'empois d'amidon, il ne contient que de l'acide chlorhydrique. Si, au contraire, l'estomac a reçu du pain et de la viande, il existe des traces d'acide lactique au début de la digestion. Cet acide disparait au bout d'une à deux heures, et il ne reste plus que de l'acide chlorhydrique. Chez les nourrissons, il n'ap-

(1) Voir le dernier numéro.

(2) P. Bröse (Berlin). — *Ueber die Verwandbarkeit der von Dynamomaschinen erzeugten Electricität zu medicinischen Zwecken* ; in *Centr. f. die med. Wissenschaften*, n° 8, 22 février 1890, p. 123.

paraît qu'à la fin de la digestion, par suite de sa neutralisation par le lait. Au début de la digestion d'un repas mixte, l'estomac contient une substance intermédiaire aux albuminoïdes et aux peptones, c'est la propeptone. Les peptones qui se produisent consécutivement sont absorbées partiellement par la muqueuse gastrique. L'acide chlorhydrique du suc gastrique détruit les ferments pathogènes et les microbes entraînés par la salive et les aliments.

Il est utile, dans les dyspepsies, de rechercher le contenu du suc gastrique. On emploie pour cet examen le repas d'épreuve mixte, et le suc aspiré au moyen de la sonde est pris 2 heures après le repas. On filtre le liquide obtenu, on en note la couleur et l'odeur, puis on recherche l'acide chlorhydrique au moyen des réactifs suivants : réactif de Gunzburg (phloroglucine-vanilline), r. de Boas (résorcine et sucre), rouge Congo, tropéoline, etc. Le réactif d'Uffelman est utilisé pour la recherche de l'acide lactique. La quantité de l'HCl est recherchée au moyen du vert brillant ou par le titrage. Le procédé de Winter, très compliqué, est le seul qui puisse renseigner sur des doses d'HCl libre ou combiné. Il est bon ensuite de rechercher les produits de la digestion des matières albuminoïdes et amylacées, ainsi que la présence de la présure et de faire la digestion artificielle.

La quantité de l'HCl dans le suc gastrique forme d'utiles indications sur la nature des troubles stomacaux. L'anachlorhydrie peut être fonctionnelle, liée à des phénomènes fébriles ou à des états anémiques ; elle est dès lors passagère. Ou bien elle est constante et résulte d'un cancer stomacal, ou de gastrites toxiques ou catarrhales muqueuses et surtout de la gastrite atrophique. Dans cette dernière affection, la pepsine et le ferment lab disparaissent. Cette insuffisance en HCl entraîne la transformation incomplète des albuminoïdes, et souvent des fermentations intestinales excessives avec formation de produits toxiques. L'augmentation des acides organiques est souvent indiquée par le pyrosis. L'hyperchlorhydrie peut être aiguë (affections nerveuses) ou chronique. Dans ce cas l'HCl est en excès dans le suc gastrique, les matières amylacées sont mal digérées, tandis que les matières albuminoïdes le sont rapidement. L'hyperchlorhydrie peut entraîner l'ulcère rond. La dilatation stomacale s'accompagne souvent de fermentations. La dilatation peut être nervo-motrice primitive ou succéder aux dyspepsies chimiques ; à la longue la première peut entraîner des troubles chimiques. Les affections fébriles entraînent la suppression momentanée de l'HCl; la tuberculose présente des troubles variables de la sécrétion gastrique. L'anémie s'accompagne souvent d'anachlorhydrie passagère, et les affections du cœur d'une anachlorhydrie permanente. Le traitement des dyspepsies varie avec la tumeur en HCl du suc gastrique. L'administration de l'acide chlorhydrique est dangereuse dans les cas de gastrite, de cancer, mais il est utile dans les dyspepsies par fermentation. Dans l'hyperchlorhydrie, on doit prescrire les alcalins, supprimer les féculents. Le lavage de l'estomac, en dehors de l'administration de l'HCl, doit être pratiqué dans la dyspepsie par fermentation. A. R.

Urines. — Dépôts. — Sédiments. — Calculs. — Application de l'analyse urologique à la Séméiologie médicale, par E. Gautrelet.

Un livre qui renferme des choses nouvelles est toujours bien accueilli; c'est le cas de l'excellent ouvrage de M. E. Gautrelet.

Ce livre est divisé en 3 parties précédées d'un chapitre où il n'est question que de l'anatomie et de la physiologie du rein et de ses annexes. Dans la première partie l'auteur expose les caractères et la composition moyenne de l'urine normale qu'il fait suivre d'un schéma uroséméiographique. La deuxième partie a trait aux urines anormales et à l'étude des éléments que l'on y rencontre. La classification que cet auteur nous donne des albumines n'est pas faite pour éclaircir cette question déjà si compliquée des différentes espèces d'albumines que l'on rencontre dans l'urine. Dans cette deuxième partie se trouve exposée la microscopie : à ce propos, si toutefois il m'est permis de signaler quelques imperfections, j'indiquerai l'absence de figures nouvelles ; celles qui s'y trouvent sont des reproductions de figures déjà anciennes et dont l'exactitude laisse parfois un peu à désirer. Mais il arrive souvent qu'en présence des exigences de la part de l'éditeur, un auteur ne peut pas intercaler dans un texte des dessins nouveaux ; dans ce cas il aurait été indispensable, vu l'importance de l'examen microscopique, de faire un choix meilleur et d'abandonner ceux qui paraissent mauvais. Je dirai également que la partie technique de l'examen soit histologique, soit bactériologique, laisse bien à désirer ; il eût été utile de donner plus de développement à une question aussi essentielle.

Cette deuxième partie comprend aussi le dosage des éléments normaux, et à propos du dosage des éléments azotés, M. Gautrelet donne la description d'un appareil très ingénieux. Cet appareil, qu'il appelle uroazolimètre, permet de doser facilement l'urée, l'acide urique et la créatinine. Son emploi est basé sur des considérations théoriques exposées autrefois par M. Yvon et qui consistent dans la décomposition des matériaux azotés par l'hypobromite de soude, pour en faire ensuite le dosage volumétrique différentiel.

Dans la troisième partie, l'auteur aborde la séméiologie urologique qui, comme nous le savons, est pleine de difficultés. Avant M. Gautrelet, d'autres auteurs, d'une compétence indiscutable, avaient essayé de donner quelques idées générales sur les déductions pratiques à tirer d'une analyse complète et bien faite. Mais tout ce que ces auteurs ont écrit constitue seulement une ébauche de la question. Tel n'est pas le cas de M. Gautrelet. En effet, par un exposé de théories remplies d'originalité et peut-être un peu audacieuses, il cherche à résoudre les problèmes les plus difficiles de la pathologie, problèmes à la solution desquels travaillent depuis longtemps des cliniciens consommés et qui sont en même temps des physiologistes distingués. Cette troisième partie présente un réel intérêt, bien qu'elle dénote un peu trop de hardiesse de la part de l'auteur.

En résumé, ce livre est excellent; il sera consulté avec avantage par tous ceux qui s'occupent d'urologie. Son auteur a fait preuve d'un grand travail et l'on peut dire que la bibliographie ne laisse rien à désirer ; il s'est inspiré avec raison des travaux les plus remarquables publiés dans ces dernières années. A. Berlioz.

Contribution à l'étude de l'Actinomycose chez l'homme ; par Ed. Cart. — Ollier Henri, Paris, 1890.

M. Cart, dans sa thèse, n'a élucidé qu'un point nouveau de l'histoire de l'Actinomycose chez l'homme. On le trouvera à la fin de son travail (p. 79) et il est dû aux vastes connaissances de M. Laboulbène en histoire de la médecine. Il paraît démontré aujourd'hui, par les textes les plus précis, que l'Actinomycose a été découverte par notre savant compatriote Davaine en 1850 (Voir *C. R. de la Société de Biologie*). Robin et Laboulbène avaient d'ailleurs parfaitement vu l'Actinomycose en 1853 (*Soc. de Biol.*). Voilà, ajoute l'auteur, qui doit trancher, et cela en faveur de la science française, la question de priorité qui fut soulevée par Israel et Ponfick, en 1882 (Voir *Virch. Arch.*, 1882, t. 87). Voilà qui est très bien ; mais pourquoi l'auteur a-t-il été si incomplet ? Il y a des mémoires et des revues critiques de premier ordre qu'il semble n'avoir pas lues. Il aurait dû dire avec plus de franchise qu'il allait seulement continuer les travaux de ses devanciers, sans vouloir les résumer, n'en reproduire qu'une partie et s'occuper seulement des publications toutes récentes. Pourquoi n'avoir pas au moins cité le savant article de P. Bricon, paru en 1884, dans ce journal (1) et bien d'autres plus récents. Il oublie que l'Actinomycose a été décrite, brièvement il est vrai, dans le *Manuel de Pathologie externe*, de Jamain et Terrier (t. IV, 1er fascicule), etc. — Il n'y a pas d'observations inédites dans ce travail.

Guide pratique de l'analyse des urines ; par S. Laache, médecin en chef de la clinique propédeutique à Christiania. Traduit de l'allemand par X. Francotte, chargé de cours à l'Université de Liége. 2e édition française. — A. Monceaux, éditeur à Bruxelles.

Voici un petit livre utile au praticien et dont le but est clairement indiqué par le traducteur. Il est facile, dit-il, de trouver

(1) Voir *Progrès médical*, 1884, p. 130, 167, etc., 1er semestre. Bricon citait déjà à cette époque 28 cas d'Actinomycose chez l'homme.

la matière d'un livre volumineux sur l'examen des urines, d'énumérer les procédés d'analyse si variés qu'on a imaginés et d'isoler une longue série de renseignements bibliographiques; mais ce qui est moins facile, c'est de démêler, dans la multitude des travaux publiés, les indications utiles, et de choisir parmi les méthodes de recherches celles qui conviennent le mieux; et, ajoute M. Francotte, le docteur Laache a parfaitement réussi dans cette tâche. Je suis de l'avis du traducteur pour la partie clinique et médicale, mais je suis d'une autre opinion au sujet de la partie chimique. L'auteur a bien fait choix des procédés de dosage les plus simples, mais sans tenir assez compte de l'exactitude qu'ils présentent. Les descriptions sont souvent [trop écourtées et parfois insuffisantes pour que l'opérateur puisse faire un dosage s'il n'a pas d'autres livres à sa disposition. C'est là le côté faible de la partie pratique. Les autres renseignements sont suffisants et, à ce point de vue, le livre atteint parfaitement le but que s'est proposé l'auteur. P. YVON.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

LES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES (*fin*) (1).

II. — EXPOSITIONS ÉTRANGÈRES.

Expositions Anthropologiques Danoise, Belge et Italienne.

Les Expositions Anthropologiques Etrangères sont au nombre de trois: l'exposition rétrospective du travail et des sciences anthropologiques du Danemark; l'exposition anthropologique Belge; et celle d'anthropologie criminelle Italienne. Elles sont dignes d'une étude très approfondie, autant par l'intérêt des objets exposés, — dont l'étude comparative ne peut se faire que dans les conditions que nous présente une exposition générale internationale, — que par la richesse des objets et le choix éclairé qu'en ont fait les organisateurs. L'exposition danoise se trouve dans la travée sud du rez-de-chaussée; la belge, dans la même galerie du premier étage et l'italienne dans le pavillon carré nord-ouest du rez-de-chaussée.

I. — DANEMARK.

L'Exposition du Danemark est divisée en trois parties : Archéologie préhistorique, Ethnographie et Anthropologie.

1° *Archéologie préhistorique.*

L'*Archéologie préhistorique* comprend l'âge de la pierre, du bronze et du fer. C'est le Dr Sophus Muller qui l'a organisée avec autant de goût que de science. La première époque de l'âge de la pierre est représentée, en bas de la vitrine, par des haches taillées, des tranchets, des pointes de flèche, des grattoirs, des perçoirs pour forer le bois et des haches en corne de cerf. De la seconde période nous voyons en bas des bouts d'andouillers, des percuteurs, de beaux nucléi et des lames en détachées, des polissoirs, des haches et des pointes de lance ébauchées. Très curieuse cette ornementation des poteries en terre cuite, obtenue à peu de frais avec les rugosités d'une écaille de *Cardium*. Au milieu de la vitrine, on voit des poignards en silex : celui du centre est une merveille de travail de la pierre et la plus belle pièce du genre qu'il soit permis de voir. Il y a encore de belles pointes de flèche, de javelot, de lance et des couteaux ainsi que des lames de poignard remarquables par leurs dimensions. Puis, à gauche, les résultats des explorations des kjoekenmoeddings ou amas coquillers typiques, ainsi ceux des fouilles dans les dolmens. On y trouve les objets si caractéristiques en ambre de cette période spéciale du Danemark. En haut, des haches de grandes et de petites dimensions nous sont montrées à trois étapes différentes de leur utilisation : taillées d'abord, polies ensuite, enfin usagées. De même une série de gouges et de ciseaux. A voir également une série de scies en forme de croissant ou en lame de couteau; des grattoirs, couteaux et ciseaux en os.

En haut est placée une suite de haches d'armes, des têtes de massues et des armes d'estoc d'une forme particulière.

Comme le fait remarquer M. Sophus Muller, les nombreuses trouvailles de cette période font la gloire du Danemark. Le silex y est d'une qualité excellente et d'un accès facile. La situation géographique a favorisé le développement tranquille d'une civilisation relativement avancée et l'âge de la pierre a dû s'étendre jusqu'à la moitié du deuxième millénaire avant Jésus-Christ.

La période du bronze est particulièrement remarquable au Danemark par la richesse des trouvailles, celle des objets et le goût esthétique ainsi que la valeur technique qui les caractérise.

Le bas de la vitrine contient une série d'objets relatifs au mode de travail qu'on faisait subir au bronze. Il y a, entre autres, une plaquette d'une composition singulière, faite d'écorce de bouleau et de résine dont on se servait comme d'émail et de ciment pour des incrustations sur bronze. Sur une tablette inclinée sont exposés divers objets d'une période plus récente de l'âge du bronze et deux assortiments d'outils d'une ornementation particulière. Des deux côtés, on voit quelques-unes de ces épées et poignards qu'on a trouvés par centaines au Danemark, toutes d'une beauté et qualité pareilles. Tout aussi belles sont les haches d'armes et une des dix-huit trompes en bronze qu'on a trouvées jusqu'alors. A gauche et à droite sont exposées des parures aux riches ornementations en spirales : des anneaux, colliers, diadèmes, puis des vases d'or et de bronze à suspension, des vases en bois ornés de pointes d'étain. Deux figures, l'une d'un guerrier, l'autre d'une femme, sont habillées, ornées et armées des objets, des armes et des étoffes, imités fidèlement de l'époque d'après les originaux du Musée des Antiquités du Nord, par Mme Klein pour l'habillement, et M. Aarslef pour les caractères anthropologiques indiqués dans les tumulus.

L'âge de fer est représenté dans ses traits principaux. Il y a, de l'époque romaine, des vases de terre noire; puis un assortiment de différents outils des IVe et Ve siècles; des antiquités de l'invasion des Barbares : épées, lances, bracelet et bijoux en or et en argent, harnachement de cheval, etc. Au milieu de la vitrine des imitations de colliers en or massif représentant l'époque post-romaine. Puis des épées, outils, fibules, haches, objets d'harnachement de l'époque des Vikings. Nous engageons vivement le visiteur attentif à se procurer le catalogue raisonné de la section anthropologique du Danemark. Il y trouvera, non seulement une énumération méthodique et moins sèche que la nôtre, mais des aperçus fort intéressants sur la préhistoire, l'anthropologie de ce pays, et l'ethnographie du Groenland, aperçus écrits spécialement par les savants commissaires des sections auxquels nous empruntons les grandes lignes de notre description.

2° *Ethnographie.*

L'Exposition ethnographique du Groenland a été organisée par M. Kristian Bahnson. On y expose des objets ethnographiques anciens et modernes des Esquimaux de la côte. Il y a là des vêtements, des ustensiles de chasse et de pêche, de ménage et d'intérieur; des outils de l'industrie de l'homme et de la femme pour travailler la peau, le bois, l'os, etc.

3° *Anthropologie.*

M. Socren-Hansen a organisé la *Section Anthropologique*. On y trouve une série de spécimens d'illustrations craniologiques pour montrer le développement des arts reproductifs appliqués à l'anthropologie dans les dernières cinquante années. Cette collection est complétée par une série d'instruments anthropologiques parmi lesquelles il faut surtout remarquer un excellent céphalomètre, construit en 1840, par M. Simesen, un appareil pour le cubage des crânes, un craniophore et un compas d'épaisseur pour les mensurations signalétiques. A voir une collection de photographies de types et une série de crânes groenlandais pour illustrer les effets du métissage entre la race esquimaude et la race danoise. Une carte du Groenland, où sont reportés les noms des explorateurs et l'extension de leurs travaux anthropologiques ainsi que quelques diagrammes sur la croissance et l'indice céphalique des deux sexes, complète cette partie de l'exposition de la commission des explorations scientifiques dans le Groenland. Le bureau statistique du Danemark expose une belle carte sur la densité de la population. L'anthropologie préhistorique est illustrée par une série

(1) V. *Pr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11 et 13, 1890.

de types craniologiques en originaux ou en moulages. Une petite collection de spécimens pathologiques et quelques photographies des crânes trépanés représentent la pathologie préhistorique. Une grande collection de photographies de types, choisie par MM. Soeren-Hansen, Thomson et Aarsleff, nous montre la population actuelle du Danemark. Trois cartes anthropologiques donnent les résultats des recherches sur la taille et sa répartition; deux diagrammes comparent la couleur des cheveux et des yeux. Une cinquantaine d'institutions et de personnes ont, par l'envoi de leurs collections et de leurs documents, contribué au succès de la magnifique exposition danoise des sciences anthropologiques.

II. — BELGIQUE.

L'Exposition d'Anthropologie de la Belgique contient surtout des objets de la préhistoire. L'intérêt qui s'attache aux importantes fouilles et découvertes faites pendant les dernières années aux stations de Spy, de la Naulette, de Furfoon, de Spiennes, etc., la rend particulièrement attrayante.

En entrant dans la section par les deux tombeaux du cimetière franc d'Harmignies, on trouve à gauche, du côté Nord, une vitrine longue contenant d'abord la belle collection du baron de Loë, résultat des fouilles sur l'emplacement du vaste atelier néolithique de Spiennes (Hainaut). Ces fouilles ont rencontré l'emplacement des habitations, des puits d'extraction et des ateliers de taille. On y voit l'histoire complète du travail de la pierre. Des percuteurs, nucléi et lames, polissoirs se rangent à côté de haches différemment taillées et plus ou moins achevées. Des instruments en bois de cerf, des pics, des fragments de poteries, des ossements, des silex craquelés ayant subi l'action du feu ont été recueillis probablement sur l'emplacement des tentes ou des huttes.

Plus loin, M. Em. de Munck expose des objets de l'époque néolithique : tout un matériel de travail avec spécimens représentant diverses phases de fabrication des instruments de silex classés d'après la provenance de la matière première. Il expose également des silex recueillis dans les sables glauconifères landéniens de Saint-Symphorien et de Havré (Hainaut). Ces sables appartiennent à l'éocène inférieur, par conséquent à l'époque tertiaire initiale. M. le capitaine Delvaux nous montre des objets, des dépôts caillouteux inférieurs mesviniens (époque quaternaire) de Saint-Symphorien et de Nouvelles (Hainaut); des silex gris de Spiennes recueillis à Spiennes, Mons, Havré, Obourg, Saint-Denis, Thiensies, Nanst, Roeulx, Uccle, Braine le Comte, Boitsfort et Ives-Gomzée; des fragments de poterie de l'époque néolithique de Saint-Denis.

Parallèlement à cette vitrine se trouve, du côté sud, une vitrine semblable renfermant, de M. L. de Pauw, une belle collection méthodique qui nous montre surtout la taille de divers objets préhistoriques, celle du silex aux diverses époques dans les environs de Mons (Spiennes, Mesvin, Ciply, Saint-Symphorien), la taille en formes diverses et à divers degrés d'achèvement des pics, haches avec des ébauches de nucléi et de marteaux. Le travail progressif de la pierre y est représenté d'une façon très démonstrative. Une collection de haches de 24 formes différentes (époque néolithique), est exposée avec un grand nombre d'objets en substances diverses et à divers degrés de polissage, des poteries noires et rouges avec grumeaux de silex, des emmanchures en bois de cerf, des os travaillés, etc. Les stations de Cayaux et de Spiennes ont fourni ces richesses lors de l'établissement d'une tranchée de chemin de fer des exploitations de phosphates par M. Bernard le long du camp de Cayaux. Des profils du terrain, coupes à travers les gisements, permettent de compléter l'étude de cette collection importante.

Les vitrines hautes du milieu contiennent des collections anthropologiques. La Société d'Anthropologie expose, d'un côté, des crânes francs et de Saaftingen, des crânes wallons et flamands du Dr E. Houzé, des crânes francs d'Harmignies du Dr Raeymaeckers. Puis, du Dr Houzé, des pièces relatives à l'étude du 3e trochanter et de la fosse hypotrochantérienne. On peut y consulter des publications anthropologiques diverses. La même vitrine contient : de l'âge du renne, un vase reconstitué du trou du frontal de Furfoon ; de l'âge du fer, un vase trouvé dans un tumulus et une pointe de lance de la collection du marquis de Wavrin ; de l'âge du fer également, une pierre qu'on a trouvé en 800 fragments dans un tumulus et qu'un anthropologue patient a reconstituée pièce par pièce pour en obtenir une unique.

A l'autre bout, et symétriquement à celle-ci, une vitrine haute contient des moulages de crânes de l'époque néolithique : des tourbières d'Anvers, du canal de Zelzaete, des environs d'Hastière et de Salaigneaux. Puis, de l'âge du renne, des moulages de pièces célèbres : le crâne de Furfoon; un fémur et un tibia de Spy de MM. Fraipont et Lohest ; des maxillaires inférieurs du trou de la Naulette, de Pont à Lesse et des cavernes de la Lesse. Plus bas, M. E. de Munck expose des silex noirs d'Obourg et, de l'époque néolithique, des o, travaillés et des bois de ruminants.

La vitrine du milieu renferme, du côté sud, la collection de M. Jacques, des silex du tufeau de Saint-Symphorien (bassin de Mons); des pics et des marteaux en bois de cerf, de Spiennes; des silex maastrichtiens du terrain crétacé de la Hesbaye et des stations et ateliers de taille d'Orp le Grand. Il y a encore des silex maastrichtiens de M. Tiberghien, de M. Rutot, de M. G. Vincent et de M. de Puydt provenant de stations diverses : ateliers de taille, cavernes et plateaux des environs de Maastricht. M. L. de Pauw expose ici d'autres objets de sa belle collection de l'époque néolithique, objets recueillis à l'atelier de taille en Hesbaye, des haches et pics taillés et polis, des couteaux, grattoirs, etc., de Wausin. Parmi ces objets on en trouve, comme dans ceux de M. Raeymaeckers, en silex travaillé étranger à la localité de M. de Pauw encore : des silex chelléens et des ossements (bois de renne, rhinocéros, *Bison priscus, Equus sp., Ursus sp.*), trouvés au même niveau ; des silex mesviniens, des silex taillés attribués à l'homme tertiaire, provenant d'une formation continentale d'origine éolienne; enfin des silex gris-bruns de l'assise des Rabots.

On peut étudier des cartes de statistique, des coupes et profils de terrains ou de stations préhistoriques, des figures anatomiques de MM. van Overloop, van der Kindere, Dr E. Houzé, de Loë, Delvaux, van Dessel.

La vitrine parallèle du côté opposé contient la collection de feu M. Rucquoy avec les résultats des fouilles du fond de la caverne de Spy, en 1879. M. Hucorgue y expose des instruments en grès et en silex de l'âge du mammouth, trouvés au Trou Cendron. M. de Munck montre des silex chelléens et moustériens des environs de Mons, ainsi que, de l'époque néolithique, des meules, molettes, concasseurs et broyeurs de Spiennes et de Saint-Denis; des haches en basalte, jade, silex, etc., et des pointes de flèche. M. le marquis de Wavrin a exposé des spécimens d'outils en silex du pays et en substances étrangères, de l'époque néolithique. Plus loin, on voit, du même, des haches et des marteaux. L'âge du renne et du mammouth est représenté par des objets très curieux des cavernes préhistoriques. Il y a des moulages de haches et de marteaux de l'âge du bronze de Mesvin, collection de M. van den Broek ; des haches polies de Macseyck de l'époque des dolmens, collection de M. Victor Jacques; plus loin, de la même époque, des haches polies de Saint-Trond, appartenant à M. le Dr Tiberghien; enfin une collection de l'époque néolithique du plateau d'Hastière de M. de Pauw.

Des photographies des stations préhistoriques, des principales cavernes, des dessins explicatifs ainsi que des planches représentant les principaux objets découverts, entre autres le fameux crâne néanderthaloïde de Spy, sur lequel M. Fraipont vient de faire une intéressante communication au Congrès d'Anthropologie, complètent la très importante exposition belge.

III. — EXPOSITION D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE ITALIENNE.

Personne n'ignore que l'Anthropologie criminelle est devenue, dans les derniers temps, une branche très importante de la science anthropologique, à tel point que deux Congrès, l'un de Rome, en 1885, l'autre il y a quelques semaines, à Paris, ont spécialement consacré, sous la présidence de M. Thévenet, ministre de la justice, l'importance de leurs travaux par des discussions du plus grand intérêt sur de nombreuses questions

d'anthropologie appliquée au diagnostic, au pronostic et, si l'on peut dire aussi, à la thérapeutique des criminels. Les savants italiens, ardents promoteurs des idées nouvelles, ont envoyé à l'Exposition un grand nombre de documents, souche de leur théorie sur les caractères physiques de la criminalité ; et nous pouvons admirer en premier lieu la belle collection de M. Tenchini, professeur à l'Université de Parme, qui expose des types de voleurs et d'homicides. Chaque type est représenté par le moulage en cire de la tête, le crâne et le cerveau, préparé par un procédé particulier de M. Tenchini, et qui nous paraît excellent. M. Fiordispini a envoyé des crânes d'épileptiques et M. Lombroso des crânes de criminels. La même vitrine contient des planches de l'atlas de l'*Omicidio* de M. H. Ferri, représentant, en photogravure de M. Turati, des types d'homicides. A voir également les photographies de fous meurtriers de M. Fiordispini, ainsi qu'un album de caricatures exécutées par un épileptique. M. Lombroso expose des vases ornés de dessins à la pointe par des criminels. M. Mayor, de Rome, a envoyé les actes du Congrès d'Anthropologie criminelle de 1885.

La vitrine contiguë contient le moulage de la tête de l'assassin la Gala ; une partie de la collection de M. Tenchini ; un album où M. Ferri a donné le profil d'une série de criminels. Le Dr Frigerio expose le fac-similé du crâne parencéphalique d'une épileptique. On y voit encore le moulage de la tête d'un violateur homicide. Puis une série de crânes d'aliénés de la collection Fiordispini ; un cerveau conservé d'après le procédé Tenchini, enfin des graphiques sériatifs de criminels au point de vue des caractères anthropologiques.

Une troisième vitrine nous montre, de M. Frigerio, un otomètre mesurant l'angle auriculo-temporal et le diamètre du pavillon et de la conque. Il y a encore des pièces de M. Tenchini, des poteries de criminels de M. Lombroso, ainsi que des documents et publications divers, parmi lesquels les types d'homicides de l'*Omicidio* de M. Ferri. Une carte géographique nous montre la répartition de la criminalité en Italie.

Ajoutons qu'on peut consulter les ouvrages des principaux criminalistes italiens : MM. Lombroso, Garofalo, Ferri, etc. Au-dessus des vitrines j'ai noté la présence des tableaux suivants : Tableau statistique du rapport entre la race, le génie et la densité de la population, par MM. Lombroso et Laschi ; tableau donnant la courbe de la criminalité et de l'épilepsie en Italie, par M. Lombroso ; un tableau graphique de M. Ottolenghi sur la calvitie et la canitie chez les criminels. Enfin, M. Lombroso expose des dessins de tatouages du corps et des portraits en lithographie de criminels typiques.

Ceux qui ont suivi les débats du dernier Congrès d'Anthropologie criminelle savent tout l'intérêt qui s'attache à l'exposition italienne.

Les autres côtés de ce pavillon sont occupés par une partie de l'exposition de M. Topinard, sur laquelle nous avons eu l'occasion d'insister déjà et par les beaux moulages d'anatomie humaine et comparée de M. Talrich.

Que le médecin anthropologue et ethnographe aille visiter également l'exposition des Missions scientifiques, celle du Collège de France, où il verra le résultat des beaux travaux du laboratoire de M. Marey et, au Pavillon de la Préfecture de la Seine, le service des signalements anthropométriques organisé avec tant de science et de labeur par M. Alph. Bertillon. Il trouvera également dans presque tous les Pavillons Etrangers des documents d'Anthropologie archéologique, préhistorique et ethnographique. Ce guide, nécessairement concis, doit se borner à les lui signaler.

Nous sommes au bout de notre visite rapide à travers les collections principales d'anthropologie. — Aux Missions scientifiques, par exemple, le visiteur trouvera bien des objets du domaine des Sciences Anthropologiques, comme ces modèles de monuments et ces objets si enviables des îles Canaries de la collection du Dr Verneau, les collections de MM. le Dr Hamy, E. de la Croix, etc. Mais nous devons nous borner dans ce *Guide* à faire au lecteur, désireux de savoir où trouver telle chose et d'avoir un coup d'œil d'ensemble, un simple inventaire, une esquisse topographique ; il devra ensuite reprendre cette visite en connaissance des lieux pour étudier plus en détail les parties qui sollicitent le plus son intérêt.

En attendant, les trois heures qu'il nous a fallu pour voir superficiellement ces diverses Expositions nous autorisent à continuer nos remarques anthropologiques dehors, sur les types vivants de cette foule cosmopolite, attirée de tous les coins du monde par la Tour de fer qu'on dirait aimantée pour elle et qui, à l'encontre de la tour d'argile de Babel, préside à l'entente pacifique des peuples non jaloux dans un métissage fertile d'idées et d'aspirations. Guillaume-Capus.

RECUEIL DE FAITS.

Trois cas de chirurgie cérébrale (1).

On s'occupe beaucoup depuis quelque temps de chirurgie cérébrale. Nous croyons intéressant de donner ici la traduction des observations ci-dessous, publiées en Amérique par W. W. Keen, professeur de chirurgie au Collège médical de Femmes de Pensylvanie, chirurgien des hôpitaux Sainte-Marie, Sainte-Agnès, etc.

1er cas. — *Volumineuse tumeur du cerveau, probablement provoquée par un traumatisme survenu à l'âge de trois ans ; épilepsie et hémiplégie à 23 ans ; ablation de la tumeur à 27 ans ; hernie du cerveau ; guérison de l'épilepsie.* — T. D..., 27 ans, carrossier, marié à 23 ans, un enfant en bonne santé ; son père est mort à 27 ans à la suite d'une chute sur l'épine dorsale ; sa mère et sa grand'mère maternelle, celle-ci âgée de 83 ans, vivent encore et sont en bonne santé ; les autres grands-parents sont morts à 77 et 66 ans. A l'âge de 3 ans, T. D... tomba d'une fenêtre, d'une hauteur de quelques pieds, sur la tête qui porta sur des briques. Il resta assez longtemps sans mouvements et près d'une heure en état comateux ; sa tête était seulement enflée et couverte de bleus ; il n'y eut pas de plaie, mais seulement une bosse sur le front qui mit longtemps à guérir. Le malade ne sait de quel côté elle était ; sa mère lui aurait parlé du côté gauche. A 5 ans, écoulement de l'oreille droite, après la rougeole, et ayant affaibli l'ouïe. En août 1886, surdité partielle de l'oreille gauche. Pendant son enfance, T. D... fut considéré comme un peu borné, oublieux, passa pour un impulsif non querelleur. Violentes douleurs de tête ; pas de syphilis. Pendant l'automne 1884, névralgie faciale atroce ; la céphalalgie et la névralgie augmentèrent graduellement jusqu'en février 1885, époque où survinrent de violents accès d'épilepsie, accompagnés d'une céphalalgie violente pendant plusieurs jours. Les accès survinrent une ou deux fois par semaine. La céphalalgie augmenta de violence et de durée, et à la fin d'avril 1885 le bras droit fut paralysé, puis la jambe droite, puis le côté droit de la face.

La douleur névralgique était localisée au côté gauche de la tête, sur le sillon supra-orbitaire, et s'étendait en arrière vers l'occiput, mais elle était surtout marquée sur le milieu du côté gauche de la tête. Une inspection minutieuse fit découvrir une petite cicatrice sur ce point ; la pression augmentait la douleur. Tout le côté droit de la face était paralysé, la motilité et la sensibilité étaient affaiblies, surtout la première ; pupille droite très dilatée et ne répondant pas à la lumière, pupille gauche normale. Vue bonne de l'œil gauche, imparfaite du côté droit. L'aphasie était le symptôme prédominant ; le malade faisait des efforts pour parler, mais ne pouvait y parvenir. Pouls à 60, irrégulier, constipation opiniâtre, anorexie, insomnie, pas de fièvre.

Diagnostic. — Pression sur le lobe antérieur de l'hémisphère G. au niveau de la troisième circonvolution et s'étendant en arrière ; exostose de tumeur, peut-être un simple épaississement de la dure-mère. Toute idée de syphilis est exclue.

Traitement. — Iodure de potassium, arsenic, laxatifs.

La douleur va en diminuant, et disparait au bout de trois semaines, juillet 1885 ; la paralysie diminue dans la jambe et le bras droits ; seule l'aphasie persiste. La vue diminue rapidement ; en août le malade devient aveugle : œil droit, puis œil gauche ; deux mois plus tard l'œil gauche perçoit incomplètement la lumière, le malade peut avec cet œil se conduire dans les rues ; la vue revient à plusieurs reprises, soudainement, pendant quelques heures, du côté droit, et disparait subitement ; ces éclats de lumière étaient accompagnés de vertige et de constipation.

Les accès d'épilepsie diminuent de violence et de fréquence jusqu'en novembre 1886, époque où ils disparurent ; à la fin de cette même année l'état mental fut considérablement affaibli ; le jugement n'était pas bon, la mémoire était intacte, état mental général paresseux ; parfois le malade était maussade et de mauvaise humeur.

(1) Communication faite au *Congrès de Washington*, le 5 septembre 1888. (Extrait et analysé de l'*American Journal of the Medical sciences*, octobre et novembre 1888).

En mai 1887, céphalalgie survenant deux ou trois fois par semaine et d'une durée variant entre une demi-heure et plusieurs heures ; parole hésitante et lourde ; la paralysie a presque complètement disparu, même à la face.

Description d'un accès. — « De l'air chaud semble lui monter de l'estomac au nez » ; les yeux s'obscurcissent, sont tiraillés à droite ; la tête subit un mouvement de rotation dans la même direction ; à ce moment le malade a toute sa connaissance ; il lui semble qu'il va suffoquer ; immédiatement après il perd connaissance. Aussitôt qu'il ressent l'impression « de l'air chaud » la main droite se contracture : d'abord l'index, puis le pouce ; la face entre immédiatement après en convulsion, la tête se tourne à droite « comme si elle allait tourner complètement autour du cou » ; les yeux sont fixes, convulsés en haut ; les paupières sont agitées de mouvements rapides de haut en bas ; la pupille droite est plus dilatée que la gauche, la bouche est déviée à droite ; convulsions classiques irrégulières des deux côtés, mais principalement marquées du côté droit. Les accès durent de 5 à 10 minutes, pas d'écume à la bouche. Quelquefois ils sont moins violents, plus courts, et le malade ne perd pas connaissance, mais ils conservent toujours leur même caractère. Un examen de la tête démontre l'existence d'une petite cicatrice de 6 millimètres de long à 9 centimètres au-dessus du milieu de l'apophyse zygomatique, et à 4 centimètres de la ligne de face bi-auriculaire, à 12 millimètres au-dessus et en avant du stéphanion supérieur, à 32 millimètres de la ligne médiane, à 72 millimètres derrière le processus angulaire externe. A cet endroit le crâne paraît très légèrement irrégulier, la cicatrice est sensible au toucher et à une légère pression. Il n'y a plus de sensation localisée en ce point avant les accès. *Dynanomètre.* Main D. 30 kil. ; main G. 35 kil. *Réflexes.* Phénomène du genou normal à G. ; au-dessous de la normale à D. *Sensibilité* tactile normale dans les deux mains.

Le traitement ioduré n'ayant pas donné de résultats satisfaisants et les accès d'épilepsie ayant reparu de nouveau à intervalles assez rapprochés, tous les mois environ le malade demande avec instance une opération qui le débarrassât de ses névralgies atroces et de ses crises. Cette opération fut pratiquée le 15 décembre 1887, à 1 heure après-midi. Le 14 décembre 1887, la température prise au-dessus de la cicatrice fut trouvée égale à 35° 3 ; côté D. correspondant 34°6. Le 15 décembre au matin on prit la température au niveau de la cicatrice et dans 4 autres points, à 48 millimètres en avant et en arrière, ainsi qu'à 48 millimètres de distance latérale.

35,6°
Antérieur.
Externe. Interne.
35,8° — 35,6° Cicatrice. — 36,2°
Postérieur.
35°

Préparation du malade. — La veille, on enleva de la chambre les tapis et on n'y laissa que les meubles nécessaires ; les murs et le plafond furent soigneusement essuyés ; toutes les boiseries, les meubles et le parquet furent rigoureusement nettoyés avec une solution d'acide phénique. Des éponges neuves et propres, conservées dans une solution d'acide phénique, furent seules employées ; on les plongea encore dans une solution de sublimé au 1000e au moment de l'opération, et on fit bouillir pendant deux heures tous les instruments. Une pulvérisation d'acide phénique fut faite dans la chambre pendant toute la matinée qui précéda l'opération. La veille, la tête du malade fut rasée, lavée à l'eau et au savon, puis couverte d'éther et enveloppée d'un bandage mouillé au sublimé à 1 : 1000, jusqu'au moment de l'opération ; à ce moment on répéta les lavages à l'éther et au sublimé. Les mains et les ongles des opérateurs furent soigneusement nettoyés et désinfectés à l'eau et au savon, à l'alcool et à la solution de sublimé.

Opération. — Le malade ayant été endormi au moyen de l'éther, une première incision fut faite au-dessus de la cicatrice jusqu'à l'os. Au moyen d'une gouge, une petite entaille fut pratiquée sur l'os pour bien fixer la situation exacte de la cicatrice. Celle-ci ne s'étendait pas sur l'os mis à nu. Une large incision semi-elliptique de 88 millimètres fut faite transversalement dans les deux sens ; la convexité postérieure fut réservée pour le drainage de la plaie. Hémorrhagie très abondante demandant l'emploi de 12 à 15 pinces hémostatiques et la ligature de 4 ou 5 artérioles. Une couronne de trépan de 88 millimètres fut appliquée au niveau de la cicatrice ; le bord inférieur du trépan atteignant la crête du temporal. Adhérence de la dure-mère, surtout à sa moitié inférieure ; amincissement de l'os ; dure-mère couverte d'une excroissance veloutée de 1 millimètre 5 d'épaisseur ; ramollissement normal à la partie antérieure. Au-dessous des bords de l'os trépané, et s'étendant dans toutes les directions, apparut une grosse masse. Une seconde couronne de trépan fut appliquée immédiatement en arrière de la première ; l'os enlevé était plus érodé que sous la première couronne. Une ponction exploratrice, avec une aiguille hypodermique, démontra l'existence d'une masse profonde qui opposa une résistance considérable à la pénétration. La tumeur n'étant pas encore complètement mise à nue, l'ouverture fut élargie en haut et en bas avec un forceps rugine, jusqu'à ce qu'elle mesurât 63 millimètres transversalement et 76 millimètres dans le sens antéro-postérieur.

En excisant la dure-mère à 6 millimètres du bord de l'os, on vit qu'elle était adhérente à la masse subjacente, légèrement sur les bords, puis plus fortement du côté de la cicatrice, au centre de l'ouverture. Après avoir rompu ces adhérences, il fut facile d'énucléer la tumeur avec les doigts et de la soulever au-dessous de la masse cérébrale et de l'ouverture faite en arrière de la portion squameuse du temporal.

Description de la tumeur. — Poids, 96 gr. 44 centigr. ; elle déplaçait 65 gr. 73 d'eau. Dimensions, 73 millim. sur 63 millim. et 44 millim. d'épaisseur ; 184 millim. et 152 millim. de circonférence dans les deux axes. Son grand axe formait, à quelque chose près, un angle droit avec sa ligne médiane.

Aspect de la tumeur. — Non adhérente au tissu cérébral, intimement unie à la dure-mère ; celle-ci et la pie-mère sont épaissies au-dessous de la cicatrice ; les adhérences diminuent à mesure qu'on s'éloigne du centre cicatriciel. Une production fibreuse veloutée recouvre la dure-mère au niveau de la cicatrice. La tumeur était très dure au toucher, très dense dans sa texture, nodulée à sa surface (*Figure* 66). Une coupe transversale pratiquée à angle droit sur son grand axe était très ferme, couleur rose pale,



Fig. 66. — Aspect de la tumeur avec ses adhérences à la dure-mère. Grandeur naturelle.

montrant des divisions en compartiments pyramidaux, convergeant vers le centre. Une légère dépression correspondait au niveau de la cicatrice. Les boutons osseux enlevés par le trépan étaient, nous l'avons dit, très minces, irrégulièrement ; ces irrégularités correspondaient aux bosselures de la tumeur.

Situation de la tumeur. — Le premier disque osseux enlevé correspondait exactement avec les irrégularités de la tumeur ; l'entaille préalablement pratiquée à cet os correspondait, on le sait, à la cicatrice ancienne située à 12 millimètres environ au-dessus et en avant du stéphanion supérieur. En mesurant depuis l'entaille jusqu'aux bords de la tumeur, en avant, en arrière et transversalement, et en reportant ces monsurations sur un crâne à partir d'un point correspondant exactement à la cicatrice, on put facilement déterminer la situation exacte de la tumeur. On avait préalablement tracé sur ce crane les principales fissures du cerveau. On trouva donc (*Fig.* 67) que la tumeur atteignait presque en arrière le sillon de Rolando, en avant recouvrait les deux tiers postérieurs (63 mil.) de la 2e et 3e circonvolutions frontales et la partie la plus externe de la 1re, en bas elle atteignait presque la scissure de Sylvius.

En pratiquant une coupe de Dalton et y rapportant les mensu-

rations de la tumeur (*Fig.* 68), on se rend compte de la région comprise par celle-ci dans la profondeur d'un cerveau normal (1).

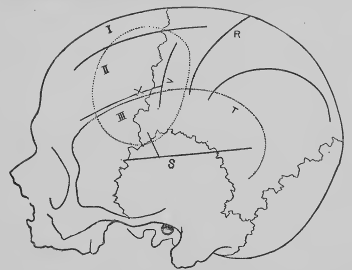


Fig. 67. — Diagramme du crâne montrant la situation exacte de la tumeur. S, scissure de Sylvius ; R, sillon de Rolando ; IP, scissure intra-pariétale ; V, sillon vertical ou précentral ; T, crête du temporal ; I, II, III, les trois circonvolutions frontales. La *ligne ponctuée* ovale représente la tumeur : la *croix* (+), la situation de la cicatrice.

Nature de la tumeur. — L'examen microscopique démontra que c'était un fibrôme ayant une tendance à une disposition en faisceaux d'éléments fibreux. On voit un faisceau transversal de fibres ayant l'aspect translucide d'une dégénérescence secondaire. La tumeur était ancienne et non de formation récente.

Aucun vaisseau ne put être lié dans la dure-mère ; mais plusieurs grosses veines du cerveau donnèrent des torrents de sang pendant et après l'énucléation de la tumeur ; 3 ou 4 furent difficilement liées au catgut. Hémorrhagie profuse, arrêtée au moyen de douches d'eau chaude (46° à 49°).

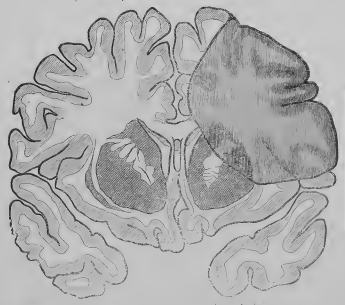


Fig. 68. — Diagramme montrant la profondeur de la tumeur sur une coupe de Dalton. La partie ombrée représente la tumeur.

Les bords de la cavité, une fois découverts, montrèrent une circonvolution d'apparence saine, couverte par la pie-mère et de larges veines dilatées et tortueuses. Pendant qu'on arrêtait l'hémorrhagie la cavité occupée par la tumeur enlevée se combla de tissu cérébral jusqu'à moitié environ. Drain fenêtré de gutta-percha, sutures en crin de cheval ; les boutons osseux ne purent être remis en place, la dure-mère ayant dû être sacrifiée ; ils furent remplacés par une petite éponge aseptique, surmontée d'une éponge plus grande, pour obtenir une compression suffisante et prévenir l'hémorrhagie ; épais pansement de gaze au sublimé, bandage de caoutchouc en lame et de mousseline. L'opération dura deux heures ; la majeure partie de ce temps fut employé à appliquer les couronnes de trépan et à arrêter l'hémorrhagie. Pas de convulsions pendant l'opération.

Suites. — Un peu d'aphasie les jours suivants ; la température oscilla entre 37° et 37°7. Le 3e jour, un large caillot pesant 125 grammes se détacha du fond de la cavité avec un fragment de tissu cérébral ; aussitôt l'aphasie diminua. La plaie guérit, par première intention, le 6e jour. Le semaine suivante fut pleine de péril. Le 10e jour, la température monta à 40°1 et redevint normale le 14e jour ; enlèvement des sutures et du drain. Au 18e jour l'aphasie, qui avait disparu, augmenta de nouveau, parésie de la face, sonde œsophagienne, parésie du bras droit sans troubles moteurs, puis paralysie s'étendant à la jambe droite ; diarrhée aiguë, selles fétides. Craignant une accumulation de pus dans la cavité, je rouvris la plaie avec mes doigts dans la moitié de son étendue ; pas de pus, cellules graisseuses et granuleuses et *débris* (1). Peu à peu tout rendra dans l'ordre, l'aphasie et la paralysie diminuèrent, le malade demanda à manger. Il se forma seulement une légère hernie du cerveau à travers l'ouverture du crâne ; cette hernie grossit peu à peu considérablement ; bientôt des granulations poussèrent sur toute sa surface, qui fournit une assez grande quantité de pus. Il se produisit aussi un abondant écoulement de liquide ressemblant au liquide cérébro-spinal, jusqu'à la fin de la cinquième semaine, par deux ouvertures grosses comme des trous d'épingle, dans la hernie du cerveau. Le 42e jour, la paralysie et l'aphasie avaient complètement disparu, ainsi que l'écoulement de liquide dont nous venons de parler ; la hernie n'ayant pas grande tendance à la cicatrisation, 34 greffes cutanées prises sur le bras furent faites pour hâter la guérison ; quelques-unes seulement prirent. Le 61e jour la cicatrisation fut complète et la hernie se trouva de niveau avec les os du crâne ; lorsque subitement, le 65e jour, elle s'affaissa dans la cavité crânienne. Le malade rentra chez lui le 8 mars, complètement guéri, et ayant l'intelligence plus nette qu'avant l'opération. Le 19 avril, il eut un accès d'épilepsie pendant son déjeuner ; l'accès fut léger et ne dura pas longtemps ; la tête et le corps tournèrent à droite. Depuis cette époque le malade va très bien et n'a pas eu d'autres accès.

Réflexions. — Malgré le développement énorme de la tumeur, aucune fonction ne fut complètement abolie ; il y eut bien de la paralysie de la face, du bras et de la jambe, de l'aphasie et des accès d'épilepsie, de la surdité d'oreille G., de la cécité, mais la paralysie ne fut jamais complète, pas plus que l'aphasie, la surdité et la cécité, et les accès d'épilepsie, au lieu d'augmenter de fréquence et d'intensité, avaient considérablement diminué. L'examen microscopique de la tumeur donna parfaitement la raison de ces phénomènes et la tumeur datait évidemment de la blessure survenue à l'âge de 3 ans ; elle avait grossi lentement pendant 24 ans. Pendant 20 ans elle n'avait donné aucun signe matériel de son existence, si ce n'est de la paresse de l'intelligence, remplacée quelquefois par une désastreuse activité ; elle s'était presque développée en même temps que le cerveau et « avait grandi » en même temps que lui. Le cerveau s'était, pour ainsi dire, accommodé avec l'intruse dans une assez grande partie de son ensemble ; ses centres corticaux et les ganglions de la base avaient dû être déplacés. La tumeur atteignit en dernier lieu le ventricule latéral et le comprima fortement ; ainsi peut s'expliquer l'abondant écoulement de liquide cérébro-spinal, qui se produisait quelquefois en deux jets distincts, lorsque la compression disparut après l'ablation de la tumeur. La rapidité avec laquelle fut remplie la cavité produite par l'ablation de la tumeur est un fait à noter, ainsi que les bons résultats obtenus par la non-intervention absolue sur la hernie du cerveau. Les accès de fièvre, la constipation, la diarrhée fétide, l'aphasie et la paralysie qui augmentèrent ou diminuèrent à différentes reprises furent plutôt sous la dépendance de l'état général que sous celle d'une altération possible des milieux crâniens. L'étude de l'état des *réflexes* après l'opération donna des résultats assez curieux, présenta des variabilités intéressantes : tantôt ils étaient normaux, exagérés ou diminués dans les mêmes points ; ces modifications ne parurent jamais être soumises à des lois apparentes.

Histologiquement la tumeur était extrêmement rare. *Le fibrôme* ne figure que 3 fois sur les 580 tumeurs intra-crâniennes rassemblées par Bernhardt et Hale White.

(*A suivre*).

(1) Par suite d'une erreur, la tumeur est représentée, sur la *Fig.* 68, un tant soit peu plus profonde qu'elle n'était en réalité.

(1) En français dans le texte.

VARIA

Obsèques du Pr U. TRÉLAT.

Les obsèques de M. le Pr U. Trélat ont eu lieu lundi dernier à 10 heures, au milieu d'une assistance considérable. De nombreuses couronnes recouvraient le char funèbre. Les honneurs militaires étaient rendus par un bataillon du 131e de ligne.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, le Dr Moutard-Martin, président de la Faculté de médecine, le Dr F. Terrier, président de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Bichat, Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, représentant le Ministre, le Dr Millard, médecin des hôpitaux, représentant l'Assistance publique, et M. Jules Ferry.

Des infirmières laïques placées sur deux files escortaient le char derrière lequel marchaient la famille représentée par MM. Marcel Trélat, attaché au ministère des finances, Emile Trélat, architecte en chef du département de la Seine, Gaston Trélat, architecte, etc., la presque totalité des membres de la la Faculté de médecine en robe, les membres de l'Académie de médecine, les membres de la Société de chirurgie, de la Société de médecine publique, les internes en médecine de la Charité, les anciens élèves du Pr Trélat, la Société des médecins ottomans et une délégation de l'Association des Etudiants de Paris ; enfin la foule des assistants parmi lesquels on remarquait : Les ministres MM. Rouvier et Ribot, MM. le général Brugère, Magnin, gouverneur de la Banque de France, le préfet de la Seine, le préfet de police, Spuller, le directeur du *Progrès médical*, etc. Pendant le service religieux, M. Widor tenait le grand orgue, et Talazac a chanté plusieurs morceaux. Le cortège s'est rendu au cimetière Montmartre où de nombreux discours ont été prononcés. M. le Pr Tarnier, au nom de la Faculté de médecine, a rappelé la brillante carrière du Pr Trélat. M. le Dr Péan a pris la parole au nom de l'Académie de médecine, M. le Dr F. Terrier, au nom de la Société de chirurgie, M. le Dr Napias, au nom de la Société de médecine publique, Yungfleisch au nom du comité consultatif d'hygiène, M. le Dr Segond, au nom des anciens élèves du Pr Trélat, Elmiassian au nom de la Société des médecins ottomans, enfin M. Jules Ferry, comme ami personnel du défunt. Trois de ces discours, où perçait la plus touchante émotion, ont été fort remarqués. Voici le texte de ceux de MM. Terrier, Segond, Péan et Napias.

M. le Dr F. TERRIER a parlé ainsi :

Messieurs,

C'est au nom de la Société de Chirurgie que je viens dire un dernier adieu à l'un de ses membres les plus éminents, à l'un de mes maîtres les plus aimés.

Jusque dans nos dernières séances, le professeur Trélat a pris part à nos discussions, et tout récemment encore, déjà souffrant, il nous communiquait les résultats de son expérience sur certain traitement des maladies utérines.

Dans nos réunions, nul mieux que lui ne savait mettre en relief les points élucidés, indiquer les parties faibles, discuter les propositions contestables. Nul mieux que lui ne savait s'assimiler et résumer les questions si multiples soulevées au sein de notre société.

Doué d'une grande largeur d'esprit, le professeur Trélat acceptait de tout cœur le progrès d'où qu'il vienne.

Aussi donna-t-il son appui moral et effectif à la plupart des interventions chirurgicales, proposées et exécutées dans ces dernières années.

Toujours à la tête du mouvement chirurgical, il le modérait parfois, mais le plus souvent il le dirigeait, et sa vaste expérience, son diagnostic rigoureux, son habilité opératoire donnaient à son opinion un poids considérable.

Ses qualités de professeur, voire même d'orateur, connues et admirées de tous, lui permettaient d'exposer avec une extraordinaire lucidité et une richesse d'expression inusitée les questions les plus difficiles, les plus obcures, les plus discutées de la chirurgie.

Si l'on ajoute à cela la mimique dont il se servait volontiers pour convaincre ses auditeurs, on comprendra combien son concours incessant va manquer à notre Société.

Le professeur Trélat était aimé de tous ; si dans les discussions il apportait souvent une vivacité et une ardeur toutes juvéniles, ses collègues savaient que son but était la recherche de la vérité et rien autre. Aussi était-il toujours écouté avec une grande sympathie et un profond respect.

Messieurs, permettez à l'élève et à l'ami de dire que le professeur Trélat était profondément bon ; moi, qui l'ai suivi dans les jours de deuil de la patrie, au milieu des événements les plus terribles, j'ai toujours admiré son empressement à faire le bien et j'ajouterai aussi son pur patriotisme. C'est dans ces conditions exceptionnelles que nous nous sommes liés, et depuis mon amitié pour lui n'a fait que grandir jusqu'au jour où la mort est venue la briser.

C'est qu'en effet, le professeur Trélat succombe comme le soldat sur le champ de bataille. Hier encore, avec sa grande puissance intellectuelle, il combattait pour le progrès de notre science et pour l'honneur de notre pays.

Aujourd'hui, il n'est plus, hélas ! mais il nous lègue son exemple à suivre, c'est-à-dire combattre pour le progrès et pour la patrie. Puissions-nous être assez heureux pour l'imiter.

Cher maître, au nom de tous vos collègues de la Société de chirurgie, votre élève désolé vous dit un dernier adieu.

M. le Dr SEGOND a prononcé le discours suivant :

Maître bien-aimé,

C'est au nom de vos disciples, au nom de vos élèves que je viens vous apporter un suprême adieu et vous dire la douleur cruelle et profonde qui nous déchire le cœur. Oh ! oui, cruelle et profonde, telle est bien notre douleur, et pour nous, qui vous aimions d'amitié si fervente, rien ne pouvait être plus odieux, plus monstrueux que cette mort brutale et hideuse vous saisissant en pleine vie, en pleine gloire, pour vous arracher à nos admirations, à nos dévouements et à nos tendresses.

Et pourtant, maître cher, au milieu de notre détresse, il nous reste au cœur un sentiment qui nous réconforte et nous ranime, c'est notre foi profonde dans le rayonnement qui s'attachera toujours à votre grande mémoire. Vous-même, si vous nous voyez encore du haut des mondes inconnus vers lesquels votre grande âme s'est envolée, vous devez bien nous comprendre et vous réjouir de notre fierté.

Le vide, creusé par votre départ, est de ceux qui ne se comblent jamais. C'est lui qui donne la mesure de ce que vous valiez et des souvenirs impérissables qui vous survivront.

Professeur incomparable, opérateur merveilleux, clinicien aussi judicieux qu'avisé, vous résumiez en vous toutes ces grandes qualités de bon sens, de droiture et de pondération qui ont fait la gloire de la chirurgie française. Bref, vous étiez pour nous le maître, le grand et vrai maître, celui qu'on écoute, qu'on admire, qu'on respecte et qu'on aime ! — Mais ce n'est pas tout, et ceux-là qui se souviendraient seulement de votre dextérité opératoire, de votre éloquence pénétrante, de votre savoir profond, du soin jaloux que vous mettiez toujours à poursuivre le progrès comme la vérité, de vos aptitudes merveilleuses à synthétiser, éclaircir ou résumer les questions scientifiques les plus obscures, vous connaîtraient imparfaitement encore. Ils oublieraient que vous n'étiez pas seulement un grand chirurgien, et qu'il y avait en vous bien d'autres qualités de cœur et d'esprit faites pour attacher et séduire.

C'est qu'en effet toutes les sphères de la pensée vous étaient accessibles et, partout, on peut le dire, vous aviez le secret des hautes envolées. Votre intelligence vive et profonde rayonnait au loin comme un phare aux mille couleurs. Votre esprit original et souple savait éclairer d'un jour toujours personnel et lumineux les sujets les plus variés et les plus complexes. Votre cœur était toujours ouvert au beau, au grand et au bien, sous toutes leurs formes. Parlerai-je enfin de votre inexorable probité et de votre inflexible droiture morale ? Non. — Ces qualités premières étaient pour vous monnaie trop courante pour qu'il soit utile de les rappeler.

Voilà, cher bien-aimé maître, tout ce que vous valiez. Tous ceux qui ont des yeux pour voir et un cœur pour comprendre le savent, ils seront prêts toujours à le crier très haut et c'est

pour cela qu'au milieu de notre douleur nous avons cette consolante pensée que le souvenir de votre personnalité si grande, si originale, si puissante, ne saurait jamais périr. — Sans doute, votre brusque départ ne vous a pas permis de fixer par vos écrits la totalité des progrès dont la chirurgie vous est redevable. — A chaque jour suffit sa tâche. Comme plus d'un maître de la clinique, vous laissiez envoler au jour le jour, au gré de vos cliniques, de vos causeries ou de vos discussions, tous les trésors de votre expérience et trop souvent peut-être la semence est allée germer au loin sans que la récolte vous soit revenue. — Mais, qu'importe! vous étiez assez riche pour être prodigue, et votre grande influence n'en persistera pas moins vivante et féconde. — Dormez donc en paix, maître bien-aimé, les sillons tracés par des maîtres tels que vous sont trop profonds pour s'effacer jamais. Nous y marcherons à notre tour pour vous défendre et vous perpétuer. Votre bel héritage scientifique sera sauvegardé, et plus tard nous aurons enfin cette consolation précieuse de le transmettre intact à ceux qui nous suivront, afin qu'ils sachent bien, eux aussi, que la France a perdu en vous une des plus nobles, une des plus grandes figures chirurgicales de notre siècle.

M. le Dr Péan, au nom de l'Académie de médecine, a lu le discours ci-dessous :

Messieurs,

Lorsque, il y a six mois à peine, je parlais, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de l'un des membres de la section de pathologie chirurgicale, j'espérais bien que ce triste honneur ne me reviendrait pas de sitôt ; mais la mort semble prendre plaisir à déjouer nos prévisions. Après le doyen des chirurgiens de Paris, elle frappe un de nos confrères en pleine activité, en pleine maturité de son talent. Trélat a été enlevé brutalement à l'affection des siens, à ses travaux, à son enseignement, lorsque tout permettait d'espérer qu'il pourrait leur consacrer de longues années encore; il est difficile, en présence de pareilles catastrophes, de n'être pas frappé d'un étonnement douloureux et, découragé, de ne pas répéter avec un orateur sacré : « Tout est vanité. »

Trélat eut de bonne heure les satisfactions que procure un succès mérité. Plus heureux que beaucoup d'autres, il ne connut pas les incertitudes et les tâtonnements du début des études professionnelles; avant même d'être inscrit à la Faculté, il appartenait en quelque sorte à la famille médicale ; personne ne profita mieux que lui des bienfaits d'une direction judicieuse. Dans sa carrière, il conquit très vite les grades et les distinctions auxquels d'autres, moins bien préparés pour la lutte, n'arrivent qu'à force de persévérance. Agrégé de la Faculté en 1857, à l'âge de vingt-huit ans, il devint, trois ans plus tard, chirurgien des hôpitaux ; à quarante-trois ans il était professeur ; à quarante-cinq, membre de l'Académie de médecine. Ses élèves diront quel art, quelle clarté il apportait dans ses leçons ; pour celles qui ont été publiées, il a choisi à dessein des sujets de pratique courante relatifs aux différentes parties de la chirurgie, mais, toujours et dans toutes, il a trouvé moyen de fixer un point controversé, d'élucider une question mal connue, de donner un fil conducteur au praticien obligé de s'orienter dans le choix d'une méthode ou la discussion d'un diagnostic. Ce fut surtout dans les sociétés savantes qu'il fit preuve de solides qualités. Si des mains pieuses s'occupent un jour de réunir et de publier son œuvre, c'est dans les bulletins et les mémoires de la Société de chirurgie, dans ceux de l'Académie qu'elles devront recueillir d'abord des matériaux. A la Société de Chirurgie, il fit ses remarquables communications sur la staphylorrhaphie, la palatoplastie, la restauration de la face, la cheiloplastie.

Trélat n'aimait guère à écrire, les travaux de longue haleine portant son nom sont peu nombreux ; mais il y avait peu de discussions à l'Académie auxquelles il ne prit pas une part active ; il avait un tact remarquable pour saisir les points litigieux d'un débat, pour le résumer et arriver aux conclusions. Esprit ouvert à tous les progrès, bienveillant pour toutes les découvertes, critique aussi éloigné de la défiance systématique que de l'enthousiasme crédule, il écoutait tout, ne rejetait rien *a priori* et discernait souvent sans hésitation ce qui était utile et méritait d'être conservé. Ceux qui, comme lui, joignent à d'heureuses aptitudes professionnelles la sûreté de jugement, le brillant de l'exposition, la possession complète des moyens oratoires, entraînant les convictions, sont des guides fidèles et sûrs pour leurs contemporains.

Si profonds que soient les regrets laissés de tous côtés par Trélat, nulle part ils ne seront plus vifs qu'à l'Académie. Dans le mouvement général de la chirurgie, pendant la seconde moitié du XIXe siècle, son rôle fut actif et sa part sérieuse ; elle l'eût été davantage si l'implacable fatalité ne l'eût pas atteint lorsqu'il touchait à peine au seuil de la vieillesse, de telle sorte que la pensée de ce qu'il eût pu faire encore se mêle forcément à nos adieux et augmente leur tristesse.

M. le Dr Napias s'est exprimé en ces termes :

Messieurs,

Au nom de la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, j'ai le triste devoir de dire un dernier adieu à l'homme éminent qu'elle estimait et qu'elle aimait, qu'elle avait un jour mis à sa tête, et que maintenant elle a la douleur cruelle d'avoir perdu.

Il y a dix ans qu'Ulysse Trélat entra dans notre Société, mais il n'était pas pour l'hygiène un nouveau venu : « Je suis, « disait-il lui-même, un revenant ; souvenirs anciens et vénérés de l'éducation paternelle, premiers travaux personnels « sur de graves questions d'hygiène publique et professionnelle, attraction fraternelle, vif intérêt ; je devrais dire : « passion pour l'amélioration de notre race et le développement de notre puissance nationale, c'étaient autant d'impulsions secrètes et vives qui devaient me ramener parmi « vous. »

Et, depuis lors, il prit à nos travaux une part souvent active et toujours féconde. Dans les discussions sur l'assainissement des villes, sur l'épuration des eaux d'égout par le sol, sur l'hygiène hospitalière, sur la trichinose, sur le choléra, nous ne saurions oublier qu'il nous apporta sa haute compétence, son sens critique avisé et si droit; qu'il mit au service de toutes les questions d'hygiène son inimitable parole, et que les discussions, dans lesquelles il intervenait à propos dès qu'il les voyait s'apetisser aux inutiles détails, s'élevaient tout à coup au souffle de son éloquence et s'élargissaient avec sa pensée.

Votre souvenir, cher maître, cher collègue, cher ami, restera parmi nous; vous nous disiez un jour que la Médecine Publique est l'une des bases les plus fermes de la science sociale : ça sera vous honorer que de continuer, dans la voie que vous indiquiez ainsi, nos travaux et nos études; et de faire que la Société, qui a eu l'honneur de vous avoir pour Président, soit à la hauteur de la tâche sociale que vous lui vouliez tracer.

Contagion de l'Influenza.

Au cours des différents articles (décembre 1889) que nous avons publiés, dans le *Progrès*, sur l'influenza, pendant la dernière épidémie, nous avons toujours soutenu l'idée que la grippe était *contagieuse*, nous appuyant sur l'observation clinique pure. A ce moment nous nous sommes trouvé en butte à des fins de non-recevoir bien décevantes de la part d'un grand nombre de médecins. Quoi qu'il en soit, nous citons le fait suivant que publie le *Bulletin médical* (30 mars 1890) ; il nous semble très topique :

Le Sanatorium d'Adirondacks (Amérique), situé à 2 kilomètres d'un village, est habité par des *sujets débilités*. Le directeur, craignant beaucoup l'invasion de la grippe pour ses malades, crut devoir instituer une *quarantaine* rigoureuse pour éviter tout contact entre le personnel du sanatorium et les gens du village voisin. Or, tandis que toute la contrée subissait une violente épidémie d'influenza, il n'y en eût pas un sel cas au Sanatorium ainsi isolé.

Si le fait est exact, ce directeur nous semble avoir rendu, non seulement à ses malades, mais aussi à la *Science*, un service dont l'importance, nous l'espérons, n'échappera à personne (1). Marc. B.

(1) Dans un récent article M. Dubrulle (*Gaz. Hebd. de méd.*, n° 13, 1890) conclut que la grippe est contagieuse ; naturellement il oublie de citer le *Progrès médical*.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

(31e assemblée générale).

Ordre du jour de la séance du dimanche 13 *avril* 1890. — La séance sera ouverte à deux heures : 1° Allocution de M. Roger, président ; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° Rapport sur cet exposé et sur la question financière du trésorier, par M. Passant, membre du conseil général ; 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1889, par M. A. Riant, secrétaire général ; 5° Election d'un vice-président en remplacement de M. le Dr Ricord, décédé ; 6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association, et renouvellement partiel du Conseil général. Membres du Conseil à renouveler : MM Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup, Vidal, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du Conseil sont rééligibles) ; 7° Première partie du rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères à accorder en 1890. A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 14 *avril* 1890 — La séance sera ouverte à deux heures.

1re *Partie.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° Vote des conclusions du rapport de M. Richelot sur les pensions viagères ; 4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1891.

2e *Partie.* — 1° Rapport de M. Lereboullet sur le vœu de la Société de la Gironde (assurance contre la maladie) et le vœu de la Société de l'Oise (indemnités aux médecins malades) ; 2° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron (réforme des tarifs de 1811, applicables aux médecins légistes (modifications proposées) ; 3° Rapport de M Ranse, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1891.

L'abus du concours et des compositions de prix.

Il y a quelques jours à peine, le fils d'un homme connu, un des meilleurs élèves d'un lycée de Paris, se suicidait parce qu'il avait obtenu une mauvaise place dans une composition. Cette semaine, c'est le tour des jeunes filles. Une des plus brillantes élèves d'un lycée du même Paris, navrée de ne pouvoir maintenir son rang de première, s'est décidée, une première tentative ayant échoué, à s'empoisonner à nouveau, tout simplement. Pas de jaloux. Voilà qui est complet et vraiment « fin de siècle. » Que l'on vienne dire qu'il s'agit de détraqués, au moins momentanés, c'est possible, quoique discutable. N'est-ce pas là un signe des temps ? Vit-on jamais jadis, en plein quartier de la plus pure Bohême, pareils antécédents chez de futurs étudiants ou étudiantes ! Relisez Darwin ; vous verrez que chez les Animaux on ne va pas jusque-là. *O tempora ! O mores !* Ce n'était pas la peine de devenir des Hommes.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de février et mars (année scolaire 1889-90).

M. Sigalas : Recherches expérimentales de calorimétrie animale (mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires). — M. Roy : Le muscle orbiculaire des lèvres. — M. Jean : Etude critique sur la médication phéniquée dans la fièvre typhoïde. — M. Gombaud : Contribution à l'étude de la tuberculose du testicule et particulièrement de son traitement par la castration. — M. Biscons : De quelques recherches anatomiques et physiologiques sur les artères cérébrales. — M. Roux : Contribution à l'étude chimique du lait de vache naturel. Constitution des laits de l'arrondissement de Rochefort-sur-Mer. — M. Vaton : Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.

Traitement chirurgical de l'Obésité.

Une opération, assez curieuse à tous les points de vue, vient d'être faite par nos amis, MM. les Drs A. Demars et Marx, le 15 février dernier. Peut-être même est-elle nouvelle ?

Ils ont entrepris le dégraissage de M. X..., obèse du plus fort calibre. Ils ont déjà pratiqué une opération, mais ne pourront arriver au résultat désiré que par une série d'interventions successives. Les opérateurs ont commencé par enlever une portion du tissu adipeux et du tissu cutané de la partie de la paroi abdominale située au-dessous de l'ombilic.

Observation. — M. X..., présentait une conformation assez curieuse de cette région. A ce niveau, la peau doublée d'un tissu adipeux, très épais, formait un pli énorme à direction transversale. Ce pli retombait sur les cuisses à la façon d'un tablier. Il entretenait dans les aines une irritation continue. Il y avait là des foyers d'érythème et d'intertrigo fort gênant pour le patient. Cette masse retombant sur les cuisses gênait aussi le malade dans la marche, dans les mouvements de flexion et pendant le coït.

Voici quel a été le *procédé opératoire* de MM. Demars et Marx. Ils ont fait deux incisions, une au-dessus du pubis, l'autre à deux doigts de l'ombilic. Ces deux incisions, distantes l'une de l'autre de 15 centimètres sur la ligne médiane, se réunissaient sur les côtés. Elles avaient 48 centimètres de longueur et allaient d'une épine iliaque à l'autre. Avec le lambeau de peau intercepté par ces deux incisions, les opérateurs enlevèrent une couche de graisse de 12 centimètres d'épaisseur. Ils allèrent presque jusqu'à l'aponévrose en dédolant un peu. La masse totale enlevée pesait 2 kilog., ce qui est énorme si l'on se rapporte au peu de densité de la graisse.

Trente-cinq points de sutures profondes et superficielles réunirent une lèvre de la plaie à l'autre lèvre. On ne plaça pas de drain. Pansement au salol et à la gaze salolée. Bien que les fils fussent un peu tendus, aucun point ne céda. Les suites de l'opération furent excellentes. Le 1er mars, l'opéré était guéri et le 8 mars il sortait et vaquait à ses affaires sans aucun pansement.

M. X..., né d'une mère diabétique, morte de coma diabétique, d'un père polysarcique et polysarcique lui-même, atteint en plus d'une dégénérescence graisseuse du cœur avec dilatation et léger souffle à la pointe, a parfaitement supporté l'opération et en ressent déjà les bienfaits. Il ne sent aucune douleur au niveau de la cicatrice, se tient parfaitement droit, peut faire tous les mouvements. Il désire se soumettre bientôt à une seconde opération par laquelle MM. Demars et Marx lui enlèveront d'énormes masses cellulo-cutanées dans les régions situées à droite et à gauche de l'ombilic. Disons en terminant que M. X... s'était soumis pendant longtemps à des régimes qui n'avaient en rien diminué son volume.

Une telle intervention nous paraît absolument rationnelle. En tous cas il sera intéressant de voir ce que donneront des opérations successives. M. B.

Étudiants en médecine de la Suisse.

(Semestre d'hiver 1889-1890).

	SUISSE — DU CANTON — MESSIEURS	SUISSE — DU CANTON — DAMES	SUISSE — D'AUTRES CANTONS — MESSIEURS	SUISSE — D'AUTRES CANTONS — DAMES	ÉTRANGERS — MESSIEURS	ÉTRANGERS — DAMES	TOTAL
Bale	39	»	73	»	11	»	123
Berne	79	»	118	3	33	52	285
Genève	18	»	73	»	69	26	186
Lausanne	17	»	12	»	4	1	34
Zurich	63	6	106	1	53	47	276
							904

Bale, 1 assistant ; Berne, 4 assistants ; Genève, 12 assistants et 43 élèves de l'Ecole dentaire (dont 5 dames) ; Zurich, 13 assistants (dont 3 dames).

La Nona.

D'après un correspondant du *British medical journal*, les articles parus ces derniers temps dans les colonnes de la Presse romaine relativement à une nouvelle maladie, la *Nona*, sévissant dans le nord de l'Italie, ne sont que des histoires à sensation que personne, parmi les médecins, ne prend au sérieux. Il résulte d'une enquête faite par le correspondant du journal anglais qu'il n'existe aucun document officiel établissant l'existence de cette affection. Sur quatre rapports dans lesquels il est fait mention de symptômes nerveux d'un caractère délirant ou léthargique, trois ont trait à des malades atteints d'influenza. Le 4e concerne un cas de fièvre typhoïde.

Les récits varient d'ailleurs quant aux détails. Les uns disent que les malades, après une période de torpeur comateuse, sont revenus à la santé et à la conscience. Les autres, pour rendre leurs récits plus saisissants, sans doute, font de la Nona une maladie fatale à laquelle les patients succombent après 3 ou 4 jours de léthargie.

Pour les médecins de Vienne, la Nona serait constituée par une sorte d'insuffisance du pouvoir de réaction des malades contre l'intense prostration que détermine la grippe ; sous l'influence de ce défaut de force se produit la somnolence prolongée et le coma

final qui sont donnés comme les principaux caractères de la nouvelle affection. Ces symptômes semblent surtout survenir chez des gens qui ont repris des travaux pénibles avant d'être entièrement remis de leur grippe.

Le correspondant du *British* donne de la Nona deux étymologies : par l'une ce mot correspondrait au nom de la 5e heure canonique d'après le dictionnaire italien de Webster; mais on ne voit pas bien quel rapport il y a entre cette heure et la nouvelle maladie. D'autres adoptent l'orthographe *Nonna*, qui signifie littéralement grand' mère, mais peut aussi être pris dans le sens de vieille femme ou de sorcière. Cette dernière acception rapproche par la pensée d'une légende relative à une maladie bien connue en Russie, dans le nord de l'Italie et aussi ailleurs : lorsqu'une sorcière approche du malade et parvient à le toucher du bout du doigt, sa mort est certaine. Si elle manque son but, la guérison est assurée.

En somme, les Italiens savants ne savent sur la Nona rien de plus que nous. Peut-être, ainsi que le dit le correspondant du *British*, a-t-il suffi à ces gens à l'imagination vive de voir chez un certain nombre de malades déprimés par l'influenza des accidents léthargiques ou comateux survenir pour créer de toutes pièces la nouvelle maladie.

Rapport sur le projet de revision de la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), sur l'exercice de la Médecine (*fin*). (1) ;

présenté au nom d'une commission composée de : MM. BROUARDEL, *président* ; BERGERON, BOURNEVILLE, CHATIN, CORNIL, PAUL DUPRÉ, GAVARRET, GRANCHER, A.-J. MARTIN, MONOD, NICOLAS, PROUST ET REGNAULT; par M. P. BROUARDEL, *rapporteur*.

PROJET DE LOI

En comparaison avec le projet précédemmeut adopté par la commission de la Chambre des Députés.

PROJET DU COMITÉ.	PROJET DE LA COMMISSION DE LA CHAMBRE.
ART. 19. L'action des docteurs en médecine, officiers de santé, dentistes et sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans. Les créances privilégiées sur la généralité des meubles stipulées au 3e de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants : « Les frais quelconques de dernière maladie. »	ART. 14. L'action des médecins et des sages-femmes pour leurs visites, consultations, opérations et médicaments, quand la loi les autorise à en délivrer, se prescrit par cinq ans. Les créanciers privilégiés sur la généralité des meubles par le paragraphe 3 de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants : 1°, 2°, 3°. Les frais quelconques de dernière maladie pendant un an.
	ART. 15. Les médecins jouiront, à partir de la promulgation de la présente loi, du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.
ART. 20. L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Toutefois tout docteur en médecine ou officier de santé, exerçant dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance moindre de 4 kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie à l'exception de la patente.	ART. 7. Identique.
ART. 21. Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé délivré conformément aux art. qui précèdent ou de l'autorisation stipulée aux articles 14 et 16, prend part au traitement des maladies et des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils ; 2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 6, 7 et 15 de la présente loi ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ; 4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 14 de la présente loi. Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.	ART. 19. Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui, sans posséder l'un des titres ou l'une des autorisations indiquées par la loi, ou qui, sans avoir fait enregistrer son diplôme, pratique la médecine, la chirurgie, l'art des accouchements, c'est-à-dire a l'habitude de conseiller un ou plusieurs médicaments, ou un traitement, ou de se livrer à des manœuvres opératoires ayant pour but de guérir ; 2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées ci-dessus à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.
ART. 22. Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.	ART. 22. Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1.000 francs. Il peut, en outre, dans ce dernier cas, être puni d'un emprisonnement de cinq jours à un mois.
ART. 23. Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1.000 à 2.000 francs : en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les délinquants pourront en outre être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.	ART. 23. Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1.000 à 2.000 francs ; en cas de récidive, elle sera de 2.000 à 3.000 et le délinquant sera en outre passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.
ART. 24. Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine : 1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ; 2° L'officier de santé, le dentiste autorisé et la sage-femme munis d'un diplôme français qui feraient précéder ou suivre leur nom de la qualité de docteur et exerceraient la médecine dans ces conditions.	ART. 21. Sera considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fera précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur sans en indiquer la nature et l'origine, s'il n'a été décerné par une Faculté de l'Etat français.

(1) Voir numéros antérieurs du *Progrès Médical*.

ART. 25.

Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° La sage-femme et le dentiste autorisé munis d'un diplôme français qui font précéder ou suivre leur nom de cette qualité et exercent la médecine dans ces conditions.

ART. 26.

L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme en dehors des dispositions stipulées à l'article de la présente loi est puni d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à un an.

ART. 27.

Les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes qui n'auraient pas fait la déclaration prescrite par l'article 17 seront punis par une amende de 100 à 500 francs.

ART. 28.

Il y a récidive lorsque dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

ART. 29.

Quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 8 de la présente loi est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

ART. 25.

Il y a récidive lorsque dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour un des délits prévus par la présente loi, le délit résultant du défaut d'enregistrement du diplôme excepté.

ART. 21.

Le délit d'exercice illégal de la médecine par défaut de l'enregistrement du titre sera puni d'une amende de 16 à 25 francs, même en cas de récidive.

Sera considéré comme en état de récidive le médecin ou la sage-femme qui, ayant été condamné en vertu du paragraphe précédent, n'aura pas fait inscrire son diplôme dans le délai d'un mois à partir du jour de sa condamnation définitive ; celui ou celle qui ayant transféré son domicile dans un autre département, aura négligé de faire enregistrer son diplôme, conformément aux articles 1 et 4 de la présente loi.

ART. 26.

En cas de conviction de plusieurs délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de la poursuite, de façon à ce que, par le fait du cumul, l'emprisonnement ne puisse jamais dépasser un an et l'amende 2.000 fr.

ART. 30.

En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

ART. 31.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 22, 23, 26 et 27 de la présente loi.

ART. 32.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

ART. 33.

L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25, 26, de la présente loi.

ART. 34.

La présente loi est applicable à l'Algérie, sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents.

ART. 35.

Sont et demeurent abrogés :

La loi du 19 ventôse an XI ;

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI ;

Le 3° de l'article 2101 du Code civil ;

Le premier paragraphe de l'article 2272 du même Code, en ce qui concerne seulement les médecins ;

Et généralement toutes dispositions de lois et règlements

ART. 20.

Le délit d'exercice illégal de la médecine sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, sages-femmes ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, pourront se porter partie civile.

ART. 27.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22 et 23.

ART. 25.

(Identique, sauf que le titre « dentiste autorisé » n'est pas indiqué.)

ART. 29.

L'exercice [de la médecine par les personnes frappées de suspension temporaire on d'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 20, 21, 25 de la présente loi.

antérieurs contraires à la présente loi.

ART. 36.

La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

ART. 16.

La durée totale des études pour le doctorat est de 4 années, non compris le temps des épreuves à subir après la dernière inscription.

ART. 17.

Nul n'est admis à prendre la première inscription dans une Faculté de l'Etat, une Ecole de plein exercice, une Ecole secondaire de médecine et de pharmacie ou une Faculté libre, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet.

Xe Congrès international de Médecine, Berlin, 1890.

Conditions de l'Exposition internationale médico-scientifique à Berlin (Août 1890).

I. *L'exposition* sera ouverte le 2 août à 11 heures du matin et fermée, probablement, le 11 août dans l'après-midi. Elle aura lieu dans le parc de l'exposition nationale où les séances des sections et groupes du dixième congrès international de médecine se tiendront aussi. Il sera pourvu à l'arrangement de chambres noires et de locaux pour les expériences, avec guides compétents et démonstrations pour les participants au congrès. Les objets suivants, autant que la place le permettra, seront admis : 1° Instruments nouveaux ou améliorés, ainsi qu'appareils scientifiques servant à la biologie et spécialement à la médecine, y compris appareils pour la photographie ou l'analyse spectrale en tant qu'ils servent à un but médical ; 2° Nouvelles substances et préparations chimico-pharmacologiques ; 3° Substances et médicaments pharmaceutiques les plus récents ; 4° Nouvelles préparations alimentaires ; 5° Instruments nouveaux ou améliorés pour la médecine autant interne qu'externe ainsi que des branches qui s'y rapportent, y compris l'électrothérapie ; 6° Nouveaux plans et modèles d'hôpitaux, infirmeries, sanatoria, établissements pour la désinfection des objets et maisons de bains ; 7° Nouveaux aménagements pour le soin des malades, y compris les moyens de transport et les bains ; 8° Nouveaux appareils d'hygiène ; 9° Nouveaux exposés de statistique et de cartographie médicales ; 10° Préparations médicales et modèles ; 11° Instruction médicale ; 12° Ouvrages littéraires de médecine.

II. Les *demandes de participation* doivent être envoyées jusqu'au 15 mai 1890, au bureau du Congrès (Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstrasse 19) sous la rubrique « Exposition ». Prière d'y ajouter une carte de visite ou la carte de la maison de commerce avec l'indication du domicile. Chaque demande de participation doit être expédiée en deux exemplaires. Prière d'y joindre, sur la nature des objets exposés, quelques notices, mais très exactes, qui serviront au besoin pour le catalogue. — III. Les *comités* des groupes respectifs *décideront* si les objets annoncés pourront être acceptés pour l'exposition et dans quelle mesure ils le seront. Dans les cas douteux, le comité central décidera. — IV. Pour la *location des places*, il sera perçu pour chaque mètre carré de sol, 10 marks (francs 12,50), et pour chaque mètre carré de paroi, 6 marks (francs 7,50). Après l'acceptation des objets annoncés, l'exposant aura à payer sa place à « M. le Dr Bartels, Sanitätsrath, Berlin SW., Leipzigerstrasse 75 ». Pour chaque mètre de sol devant la paroi, l'exposant aura droit à deux mètres de paroi au-dessus du sol. Pour les objets isolés de tous côtés, l'exposant payera, outre le terrain occupé, la moitié du terrain pris par les passages alentour, et cela au prix du mètre de sol. — V. Des *tables* seront fournies, mais les exposants devront se procurer à leurs frais les vitrines, armoires, etc., dont ils seront autorisés à se servir par les comités des groupes respectifs. Les fournitures d'éclairage électrique, de force motrice et d'autres arrangements techniques seront l'objet de conventions préalables. — VI. Tous les objets exposés seront *assurés* gratis contre l'incendie, en tant que la valeur en sera indiquée dans la demande de participation. Par contre, tous objets inflammables ou pouvant faire craindre le feu seront exclus de l'exposition. — VII. *L'emballage et le désemballage* se feront sans frais pour les exposants étrangers et avec tous les soins possibles, mais l'exposition ne prend aucune responsabilité. Les exposants du pays doivent se charger eux-mêmes de l'emballage et du désemballage ainsi que du placement de leurs objets. MM. Jacob et Valentin, Berlin O., Holzmarktstrasse 65, se sont chargés des expositions. — VIII. La *livraison* des objets à exposer doit avoir lieu avant le 20 juillet. Les exposants étrangers doivent, avant de faire leur envoi, se procurer des coupons spéciaux auprès du bureau de l'exposition pour remplir les formalités de douane. — IX. Les objets exposés ne peuvent être retirés avant la *clôture* de l'exposition. — Le comité spécial de l'exposition est composé comme suit : MM. Paul Dörffel, Commerzienrath, H. Haensch, Dr J. F. Holtz, directeur, Dr L. Loewenherz, directeur, Dr J. Petri, Regierungsrath, H. Windler et le secrétaire général du « comité d'organisation ». Les noms des membres du comité général et des présidents des groupes seront donnés plus tard. Le bureau est ouvert présentement les jours de semaine, de 5 à 7 heures du soir.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — Dissection : MM. Farabeuf, Segond, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Delens, Jalaguier, Poirier. — (2e *Série*): MM. Marc Sée, Kirmisson, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Weiss, — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Straus, Rendu, Letulle.

MARDI 15. — Dissection : MM. Lefort, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Rémy, Bar. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Peter, Dieulafoy, Hanot. — (2e *Série*) : MM. Proust, Debove, Hallopeau. — (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Campenon, Brun. — (2e *Série*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e partie) : MM. G. Sée, Ballet, Quinquaud.

MERCREDI 16. — Dissection : : MM. Farabeuf, Poirier, Tuffier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Ricard. — (2e *Série*) : MM. Delens, Rendu, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Dejerine; Chantemesse. — (2e *Série*). — MM. Potain, A. Robin, Letulle. — (3e *Série*) : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard.

JEUDI 17. — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lefort, Bar, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Fauconnier.

VENDREDI 4. — Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Segond, Netter. — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Delens, Ricard. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Strauss, A. Robin, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, Dejerine, — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Kirmisson. Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Rendu, Chauffard.

SAMEDI 19. — Dissection : MM. Duplay, Schwartz, Nélaton. — — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) : MM. Cornil, Remy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Brun, Poirier. — (2e partie) : MM. Peter, Hallopeau, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Polaillon, Bar. — 2e partie) : MM. Debove, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. Berges. Disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Le Marc'hadour. Traitement du pied bot par la tarsotomie. — M. Baboun. Manifestations pleurales de la grippe. — *Jeudi* 17. — M. Barazer. De la mort dans la paralysie générale. — M. Miropolsky. Traitement de l'arthrite blennorhagique par le cataplasme de Trousseau. — M. Malapert du Peux. Le lait et le régime lacté. — Mme Miropolsky. La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-1890. — M. Faussillon. Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans les sinus et les cavités de la face. — M. Tardivel. Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. — Mlle Ida Levine. Allaitement artificiel. — M. Trintignan. De l'œdème hystérique.

Enseignement médical libre.

Embryologie normale et Tératologie. — M. le Dr DARESTE commencera ses cours d'embryologie normale et tératologie le mardi 15 avril à 4 heures et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure à l'Ecole pratique, bâtiment du Musée Dupuytren.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 mars 1890 au samedi 29 mars 1890, les naissances ont été au nombre de 1219 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 488 ; illégitimes, 162,

Total, 650. — *Sexe féminin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 136, Total, 569.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 mars 1890 au samedi 29 mars 1890, les décès ont été au nombre de 1167 savoir : 669 hommes et 498 femmes Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 2. T. 6. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 24, F. 17 T. 41. — Scarlatine : M. 3, F. 5, T. 8. — Coqueluche : M. 2, F. 8. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 28 F. 15, T. 43.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 156, F. 84, T. 240 — Autres tuberculoses : M. 18. F. 11 T. 29 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 12. T. 12 — Tumeurs malignes : M. 17. F 22 T. 39. — Méningite simple : M. 24, F. 20, T. 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 18, T. 36. — Paralysie : M. 6, F. 4 T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 2 F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 28. T. 58. — Bronchite aiguë : M. 26, F 14 T. 40. — Bronchite chronique : M. 23, F. 24. T. 47. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 23. T. 42. — Pneumonie : M. 38. F. 38. T. 76. — Gastro-entérite, biberon, M. 33. F. 18. T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 3. T. 14, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 2. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 10, T. 25. — Sénilité : M. 14, F. 20. T 34.— Suicides : M. 12, F. 1, T. 13 — Autres morts violentes : M. 9 F. 1. T. 10. — Autres causes de mort : M. 123. F. 83. T. 206. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 4, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 21. Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 11. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — M. le Pr DUPLAY commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 22 avril 1890, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le Sénat a voté la prise en considération du projet de loi portant création d'une école de service de santé de la marine avec ses trois annexes, dans sa séance du vendredi dernier. Cette école devra fonctionner à partir du 1er novembre 1890. Bordeaux sera très probablement choisie, quoique Marseille fasse toutes les démarches nécessaires pour se trouver dans les conditions requises, c'est-à-dire pour transformer son Ecole de plein exercice en Faculté. Le Conseil des ministres ne donnera son avis sur la ville choisie que lorsque le Conseil supérieur de l'Instruction publique aura décidé, si oui ou non, Marseille doit devenir une Faculté.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — *Troubles à l'Université de Saint-Pétersbourg.* — Les désordres de l'université de Saint-Pétersbourg ont été très tumultueux. Les étudiants, réunis dans l'amphithéâtre, ont engagé une vive discussion avec les principaux professeurs. M. le Pr. Mendelejef, qui est très aimé, n'a obtenu lui-même qu'un calme relatif après avoir accepté, pour la remettre au ministre de l'instruction publique, une pétition réclamant : l'autonomie de l'Université, le choix du recteur par les professeurs, la remise aux universités du jugement des délits universitaires commis par les étudiants sans distinction de religions, et, pour les étudiantes comme pour les étudiants, la modification des services de l'inspection universitaire dans un sens plus libéral, enfin la réduction du prix des inscriptions. Le curateur de l'arrondissement scolaire de Saint-Pétersbourg, général de Novikow, étant survenu, a dû supporter l'attitude et le langage agressifs des étudiants auxquels il a ordonné de se disperser après leur avoir annoncé que des mesures sévères seraient prises si les désordres continuaient le lendemain. On surveille les abords de l'Université. On ignore même généralement l'existence de ces troubles et les journaux ont reçu l'ordre de n'en point parler. On remarque un commencement d'agitation parmi les élèves du corps forestier et de l'institut des mines à Saint-Pétersbourg, ainsi qu'à l'université de Dorpat. A Moscou comme à Saint-Petersbourg, l'initiative des troubles paraît émaner des étudiants israélites.

HOPITAUX DE PARIS. — *Mutation des chefs de service de médecine.* — Par suite du décès de M. le Dr Blachez, M. C. Paul passe à la Charité ; M. Raymond à Lariboisière ; M. Brissaud à Saint-Antoine ; M. Faisans à Tenon ; M. Talamon à Ste-Périne ; M. Ballet, du Bureau central, à Larochefoucauld. — *Chirurgie.* Par suite du passage de M. Duplay à Necker (changement de chaire du Pr Guyon) et de la création d'un nouveau service des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Necker, M. Le Dentu passe à Beaujon ; M. Blum à Saint-Antoine ; M. Reynier à Tenon ; M. Segond à la Maison de santé ; M. Horteloup à Necker. M. Quénu passe à Bicêtre et M. Nélaton passe du Bureau central à Necker.

Hôpital Boucicaut. — Il sera édifié dans le 15e arrondissement sur des terrains dont le conseil a autorisé l'acquisition. L'emplacement est délimité par les rues Lourmel, des Cévennes et de Vouillé, et la dépense d'acquisition est évaluée à 612,000 fr.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Dons.* — Mlle T. de J... décédée à Paris le 28 janvier 1890, 3, rue Condorcet, a légué à l'Assistance publique la somme de 70,000 francs. — M. le Dr Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, récemment décédé, a légué à l'Assistance publique une somme de 20,000 francs.

CRÉMATION A PARIS. — Depuis quelques semaines, on emploie exclusivement, au monument crématoire du Père-Lachaise, le four au gaz et à l'oxyde de carbone établi dans l'aile gauche de l'édifice. La porte qui sépare l'endroit où il est installé de la salle de réunion des familles, est depuis quelque temps cachée par des draperies noires lamées d'argent, tombant sur le milieu d'un catafalque bas sur lequel on place le cercueil et les couronnes. Des draperies recouvrent ce catafalque et dérobent la bière aux regards ; on la prend derrière la porte et on la place directement sur la sole de l'appareil à incinérer, évitant ainsi aux parents du défunt le triste spectacle du transport du cercueil jusqu'au four. On démolit en ce moment l'appareil placé à droite du monument, et dont on s'est servi longtemps, mais qui mettait près de deux heures à consumer un cadavre ; on va le remplacer par un four d'un nouveau modèle.

FEMMES-MÉDECINS. — *Un vaste champ à exploiter pour les femmes-médecins.* — Deux doctoresses américaines ont fait grande impression en Chine. L'une, résidant à Shangaï, et dont malheureusement le nom n'est pas consigné dans la dépêche arrivée à Londres, a étonné les Chinois par son habileté chirurgicale. L'autre, Dr King, a fait son chemin dans les sphères officielles et est devenue le médecin particulier de l'Impératrice douairière.

FIÈVRE APHTEUSE. — La fièvre aphteuse, qui s'est déclarée, ces jours derniers, à Forbach (Alsace) y a été importée par un marchand de bestiaux qui a amené son bétail à Thionville.

HYGIÈNE DE L'ARMÉE. — M. le ministre de la guerre avait chargé M. le Dr Dujardin-Beaumetz de faire à Lorient une enquête sur la fièvre typhoïde qui décime depuis longtemps la garnison, puisque la moyenne des décès typhiques dépasse 100 hommes par an pour les 2 régiments. M. Dujardin-Beaumetz a prescrit un assainissement énergique des casernes et un changement complet dans l'alimentation des eaux potables distribuées aux soldats. Tous ceux qui connaissent Lorient ne seront pas étonnés de la nécessité qu'il y a de procéder de suite à ces réformes. Combien de villes de province sont dans le même cas ? Elles sont légion.

INTERNAT DE MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Banquet annuel.* — Le banquet annuel des Internes en médecine des Hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 12 avril, à sept heures et demie, Salle Kriegelstein, rue Charras (derrière l'Opéra). Le dîner sera servi par la maison Charvin. Le prix de la souscription est fixé à *vingt* francs pour les anciens Internes et à *seize* francs pour les Internes en exercice. Le montant de la cotisation peut être remis à l'un des organisateurs du banquet ou, dans les hôpitaux, à l'Interne économe de la salle de garde de médecine. Faire parvenir son adhésion à l'un des Commissaires du Banquet, le jeudi 10 avril au plus tard. — L'*Association amicale des Internes et anciens Internes des hôpitaux de Paris* tiendra sa séance annuelle, sous la présidence de M. le professeur HARDY, le samedi 12 avril, à 5 heures, dans le grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

INSTITUT PASTEUR. — *Dons.* — Mme E. Ch. a légué à l'institut Pasteur une partie de sa fortune, à charge de servir une rente à une tierce personne.

INCINÉRATION A PARIS. — M. Adolphe-Raphaël Barodet, ingénieur civil, fils du député de la Seine, a été soumis à l'incinération, au cimetière du Père-Lachaise, cette semaine.

LA MÉDECINE AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — *Médecins inspecteurs des instituteurs et institutrices.* — Le Conseil a repoussé un projet de création de 4 médecins inspecteurs (2 hommes, 2 femmes) aux appointements de 3,000 francs dont les fonctions auraient consisté à s'occuper de l'état sanitaire des instituteurs et institutrices. *Laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.* — Le Conseil, le 28 mars, a adopté les conclusions d'un rapport ayant trait à la création d'un laboratoire pour la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

JARDIN ZOOLOGIQUE D'ACCLIMATATION. — Il annonce pour dimanche prochain, jour de Pâques, son premier concert de la saison. Comme les années précédentes, l'orchestre, composé en grande partie d'artistes appartenant à l'Académie nationale de musique, sera dirigé par M. L. Mayeur, de l'Opéra. Le second concert aura lieu le lundi de Pâques.

Les Médecins au Sénat. — Pour la 1re circonscription de Bayonne, dans une réunion de délégués républicains des communes de la circonscription, M. le docteur Lafont a été désigné comme candidat à l'élection qui aura lieu le 13 avril.

Récompenses. — Un prix de 1500 fr. est décerné à M. le Dr Lagrange pour un travail sur *l'Etablissement des jeux gymnastiques et athlétiques*, notamment dans les écoles primaires. — Un prix de 500 fr. est accordé à M. le Dr A. Fabre pour un mémoire relatif aux *Jeux actifs à introduire ou à encourager dans les écoles d'aveugles*.

Société de Médecine pratique de Paris. — M. le Dr Léon Petit, secrétaire général de *l'Œuvre des enfants tuberculeux*, fera, le mercredi 9 avril à 8 h. 1/2 du soir, 28 rue Serpente (Palais des Sociétés savantes), une conférence sur les *Médecins de Molière*. Une série de 44 projections à la lumière électrique sera faite au cours de cette conférence par MM. Spalla et Georges Petit. Ces projections représentent : 1° la Faculté au temps de Molière, 2° Scènes de la vie medicale au XVIIe siècle, 3° Apothicaires et Alchimistes du XVe au XVIIe siècle.

— Conférence du 2 avril, à 8 h. 1/2 très précises du soir : Eclairage électrique. Ses progrès et ses avantages, par M. le Dr Gabriel, professeur de la Faculté, membre de l'Académie de Medecine. Les portes ouvriront à 8 heures.

Société de Secours des Amis des Sciences. — La *Société de Secours des amis des sciences* a tenu, cette semaine, sa séance publique annuelle dans la grande salle de la Société d'encouragement, place Saint-Germain-des-Prés. M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, présidait ; il avait à ses côtés M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de Médecine, etc., etc. Au début de la séance, M. Berge, secrétaire, a lu le compte rendu de la gestion du conseil d'administration. La Société des amis des sciences, fondée, comme on le sait, dans le but de venir au secours des savants ou de leurs familles qui se trouvent dans le besoin, compte de très nombreux adhérents, non seulement en France, mais en Belgique, en Angleterre, en Russie, etc., voire au Canada et au Brésil. Elle tire ses fonds de ses souscripteurs d'abord, qui versent chaque année une cotisation de 10 fr., de ses donateurs et enfin de ses dames patronnesses qui ont versé, en 1889, dans la caisse de la Société, la somme de 200.000 francs, bénéfice énorme produit par quatre bals. La société a distribué l'an passé 50,450 francs et a terminé l'exercice avec une réserve de 38,000 francs, tant en espèces qu'en titres. Le capital, qui était de 817,132 francs au 31 décembre 1888, s'élève aujourd'hui à 895,346 francs. Comme les demandes de secours étaient très nombreuses et que les fonds de la société n'augmentaient pas à proportion, M. Pasteur, président de la société, a fait appel aux bonnes volontés de tous les pays. A sa voix, près de trois cents bienfaiteurs nouveaux ont déjà répondu, français ou étrangers. M. le Dr Jules Rochard, a fait une conférence sur l'influence que les sciences exactes ont exercée sur l'art de guérir et conserver la santé. L'orateur a montré tout ce que la médecine devait à la physique et à la chimie, et il a terminé en exposant, aux applaudissements de l'auditoire, les services rendus à la science par les merveilleuses découvertes de M. Pasteur.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie. — Le comité de la société a fixé la première séance de la réunion annuelle au vendredi 23 mai (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins). Il invite les auteurs à envoyer au secrétaire, M. le Dr Joal, 25, rue de Lille, avant le 10 Mai, le titre de leurs communications.

Nécrologie. — M. le Dr Adam Handlirsch, mort à 27 ans, ancien préparateur de M. le Pr Hoffmann, à Vienne. — M. le Dr Charles Oswin, mort à 62 ans, d'une affection de l'estomac dont il souffrait depuis longtemps. — M. le Dr Esse Boven, de Bervrenhead, Il était au moment de sa mort chirurgien consultant de Bervrenhead Borough hospital, président de la Bervrenhead medical Society. — M. Charles Loewig, qui, depuis la mort de Chevreul, passait pour le Nestor des chimistes européens, vient de mourir à Breslau, à l'age de quatre-vingt-sept ans. Loewig, qui enseignait la chimie à l'université de Breslau, avait publié des ouvrages d'une valeur reconnue sur la *Composition et la naissance des sources minérales*, la *Chimie des combinaisons organiques*, etc. — M. le Dr Wertheim, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé dans sa quatre-vingt-deuxième année. Le défunt, qui s'est distingué pendant l'épidémie de choléra en 1849, a contribué à développer l'hydrothérapie en France en créant l'établissement du château d'Issy. — M. le Dr de Champenois, médecin inspecteur des armées, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 68 ans. — M. le Dr Aybram (Carcassonne). — M. le Dr Rommeis, ancien médecin de la marine.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de notre ancien maitre, M. E. Hébert, membre de l'Institut, doyen honoraire de la Faculté des Sciences de Paris, ancien professeur de Géologie à la Sorbonne. Nous lui consacrerons un article nécrologique dans notre prochain numéro. M. B.

Vacances Médicales. — Bon poste médical à prendre à Vendœuvres-sur-Brenne (Indre). Honoraires de 8 à 10.000 francs susceptibles d'augmentation. — Pour les renseignements, s'adresser au *Progrès Médical*.

M. Michel Schreider, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de l'Académie de médecine et de chirurgie de St-Pétersbourg, prie ses confrères de Paris, ainsi que MM. les internes et MM. les étudiants qui désireraient faire connaitre leurs travaux au public médical russe, de vouloir bien lui adresser leurs publications, thèses, etc. Tous les travaux reçus seront analysés dans une des Revues médicales russes. Saint-Pétersbourg. Perspective d'Ekaterinhoff, 59.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Nicaise (M.). — Physiologie de la trachée et des bronches, déductions pathogéniques et pathologiques. Brochure in-8° de 31 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Pari — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 AVRIL 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TERRILLON.

Ablation par la voie vaginale et le morcellement des corps fibreux de l'utérus interstitiels, à large base d'implantation ;

Leçon recueillie par M. E. ADLER, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Avant d'entrer dans le détail opératoire de ce procédé d'ablation des fibromes interstitiels et intra-utérins par le *morcellement*, il importe de bien nous entendre sur la nature, sur la définition de cette variété de fibromes susceptibles d'être enlevés par la voie vaginale.

Au point de vue chirurgical, et c'est à ce point de vue, seul que je me placerai, les fibromes de l'utérus se présentent, en général, dans trois positions principales par rapport à la cavité utérine: tantôt ce sont des fibromes nettement sous-péritonéaux ; d'autres fois ils sont interstitiels, mais avec une tendance à proéminer vers la cavité abdominale. Enfin, ils peuvent être interstitiels *internes*, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire qu'ils tendent à progresser du côté de la cavité utérine et à devenir de véritables polypes fibreux. Cette variété de fibromes interstitiels tendant à proéminer vers la cavité utérine, est assez commune ; elle doit être distinguée des véritables polypes fibreux intra-utérins. Le principal caractère différentiel est le suivant: tandis que le polype fibreux est relié à la surface interne de l'utérus par un étroit pédicule constitué par la muqueuse, le fibrome interstitiel *interne*, quoique faisant une plus ou moins grande saillie dans la cavité utérine, adhère à l'utérus par une large base d'implantation et n'a pas de pédicule.

Ce fibrome interstitiel *interne* vient proéminer dans la cavité utérine de deux façons différentes; ou bien il occupe une grande partie du corps de l'utérus, et fait à peine saillie dans la cavité ; ou bien le fibrome proémine davantage dans la cavité utérine, son aspect rappelle alors celui du polype, mais avec cette différence qu'il adhère à la surface utérine par une large base d'implantation :

On a cru pendant longtemps que ces variétés de fibromyomes ne pouvaient être enlevées que par la voie abdominale ; on les énucléait après avoir ouvert le ventre et incisé l'utérus. Cependant, dès 1840, Amussat, dilatant le col pour arriver par la voie vaginale jusque sur la tumeur, enlevait par énucléation des fibromes sous-muqueux à large base d'implantation ; Atler, Baker-Brown, Thomas, C. Braun et beaucoup d'autres chirurgiens agissaient de même.

Les procédés opératoires employés par ces divers praticiens pour l'ablation des fibromes par le vagin peuvent être classés en deux variétés principales : la méthode lente et la méthode rapide.

Avant que Baker Brown ait publié ses travaux sur la méthode par *segmentation*, on faisait l'ablation des fibromes interstitiels sous-muqueux par le procédé lent: l'opération se pratiquait en plusieurs séances opératoires, séparées par un intervalle de temps plus ou moins long. On commençait par dilater le col; puis il fallait attendre que la tumeur se présentât d'elle-même à l'orifice. Le chirurgien enlevait alors la partie qui dépassait cet orifice ; dans quelques cas, il semblait préférable d'en étreindre une portion avec un tube de caoutchouc, et d'attendre que la constriction du tube ait amené la gangrène et la mortification de la partie située au-dessous de la ligature. En un mot, jamais la totalité de la tumeur n'était enlevée dans une seule séance.

Cette méthode présentait de nombreux inconvénients: très longue par son principe même, elle était, en outre, difficile et dangereuse. La portion du corps fibreux laissée dans l'utérus se gangrénait, les débris se putréfiaient rapidement et causaient l'apparition de phénomènes infectieux. Dans ces conditions, la septicémie était difficile à éviter ; et on avait aolrs à combattre des accidents qui, à un moment donné, devenaient souvent mortels.

J'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1887) l'observation d'une malade que j'avais opérée par la méthode du morcellement, mais chez laquelle j'avais été obligé de laisser une partie de la tumeur à cause de l'hémorrhagie qui survint dans le cours de l'opération et de la faiblesse extrême de la malade. La portion de la tumeur qui ne put être enlevée se mortifia, pendant quelques jours, la malade eut de la fièvre et des accidents septicémiques qui ne cédèrent qu'à de fréquents et abondants lavages vaginaux avec la solution au sublimé à 1 pour 2.000.

C'est précisément pour obvier à ces accidents septiques, causés par la mortification de la tumeur, que Baker-Brown inventa l'extraction par *segmentation.* M. Péan perfectionna cette méthode qu'il décrivit sous le nom de *méthode rapide par morcellement.* Vous trouverez tous les renseignements sur cette question dans un article de M. Péan, paru dans la *Gazette des hôpitaux*, 1886; dans la thèse du Dr Secheyron, 1888; dans les articles publiés par ce dernier dans la *Gazette des hôpitaux*, 1888; enfin dans un travail que j'ai lu devant la Société de Chirurgie en 1889.

Le principe de cette méthode est le suivant: Dans la même séance opératoire, le chirurgien doit atteindre, à travers le col de l'utérus dilaté ou même excisé, la tumeur qui adhère à la surface interne de cet organe par une large base d'implantation. Il doit s'efforcer de l'enlever par morceaux et en totalité.

Vous m'avez vu plusieurs fois pratiquer devant vous cette opération, je vais donc la décrire avec tous ses détails, que vous comprendrez ainsi plus facilement. Je m'efforcerai d'abord de vous montrer l'importance des préliminaires de l'opération elle-même.

En effet, que recherchons-nous par cette méthode? Opérer vite et en une seule séance, afin d'éviter les accidents septicémiques que je vous ai signalés. Il est évident que nous devrons, avant de commencer, nous assurer de l'asepticité aussi parfaite que possible du champ opératoire. Nous obtiendrons ce résultat en faisant, pendant plusieurs jours de suite, des lavages vaginaux avec une solution antiseptique. Il n'est pas nécessaire que cette solution soit très concentrée. J'emploie, dans mon service, une solution d'acide bori-

que à 5 0/0. Je la préfère à la solution de sublimé à 1 pour 1.000, à cause des accidents d'intoxication mercurielle dont j'ai déjà observé plusieurs exemples. Après chaque lavage du vagin, on maintiendra contre le col de l'utérus un tampon de gaze iodoformée qui conservera l'asepticité de la région utérine.

Je suppose que tous ces soins préliminaires ont été pris pendant trois ou quatre jours de suite, et que la malade a été purgée la veille de l'opération. Voyons maintenant quelle est la ligne de conduite à suivre.

Un premier point qui peut avoir son importance est la position que l'on doit donner à la malade pendant l'opération. Personnellement, je préfère la position dite du *spéculum*, c'est-à-dire la position dorso-sacrée, les cuisses étant relevées. Il est plus facile ainsi de surveiller la chloroformisation. Vous avez pu voir que l'on obtient ainsi un espace assez grand pour opérer. Cependant, dans certains cas, chez les femmes grasses par exemple, ou bien lorsqu'on a besoin de beaucoup de jour pour atteindre le fibrome haut placé, vous me verrez préférer la position latérale, la femme étant couchée sur le côté gauche.

J'arrive à l'opération proprement dite. Le premier temps consiste à aller jusqu'au contact de la tumeur, et ce résultat est rarement obtenu sans une opération préliminaire, ayant pour but de sectionner le col et de se faire du jour du côté de la cavité utérine. Ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement que l'on trouve le col effacé ou dilaté, et encore ai-je observé, dans ces cas le phénomène suivant. Pendant la chloroformisation, les fibres longitudinales de l'utérus cessaient de se contracter, le col, à peine dessiné un moment auparavant, se reformait jusqu'à atteindre une longueur de 3 à 4 centimètres, sous l'influence de cette contraction. Il était alors impossible de le franchir, de sorte qu'il fallait toujours l'inciser.

Nous supposons donc le champ opératoire libre et les parois vaginales maintenues par des écarteurs coudés. Je mets une pince à érignes solide sur la lèvre antérieure du col, puis une deuxième sur la lèvre postérieure. En tirant sur ces pinces, on peut généralement abaisser l'utérus. Avec de forts ciseaux, je sectionne le col latéralement et de chaque côté, jusqu'au fond des culs-de-sac vaginaux; c'est-à-dire à une profondeur qui varie avec la longueur du col, généralement à 4 ou 5 centimètres. La portion du col incisée est vasculaire et donne une hémorrhagie qui paraît abondante au premier abord. On peut cependant facilement s'en rendre maître en pinçant chaque lèvre de l'incision avec une pince hémostatique.

Le col étant ainsi incisé transversalement dans toute sa longueur, il faut encore franchir l'obstacle qu'apporte l'orifice interne du col à l'introduction du doigt dans la cavité utérine. Vous devez chercher d'abord à traverser cet orifice, à le forcer simplement avec le doigt. S'il oppose une trop grande résistance à la dilatation, n'hésitez pas à en faire le débridement bilatéral, portant sur la partie la plus étroite, avec un bistouri boutonné à long manche. L'orifice interne, ainsi débridé, se laisse alors facilement dilater, et vous pouvez obtenir la dilatation complète en introduisant successivement un, deux et même trois doigts.

M. Péan, pour avoir plus de place et atteindre plus facilement le fibrome, a proposé un procédé un peu différent : il détache d'abord le col de ses insertions vaginales le plus haut possible, ce qui lui permet d'inciser le col plus profondément sans atteindre les culs-de-sac vaginaux ; la fente latérale du col intéresse alors l'orifice interne lui-même. Mais dans un grand nombre de cas, cette dissection du col n'est pas nécessaire; il suffit de faire la discision du col et la dilatation de l'orifice interne, après débridement avec le bistouri boutonné.

Vous faites alors un lavage abondant avec la solution boriquée à une température de 40°, non seulement pour nettoyer le champ opératoire souillé par le sang, mais aussi pour arrêter l'hémorrhagie. Ces lavages seront répétés fréquemment pendant l'opération ; ils vous permettront de mieux voir ce que vous faites et d'achever l'opération dans de bonnes conditions antiseptiques.

A la fin de ce premier temps, il est facile d'introduire le doigt dans la cavité utérine ; bientôt vous atteignez le fibrome. Il est indispensable que votre doigt puisse sentir cette tumeur qui proémine dans la cavité utérine ; ce sera désormais le guide constant et nécessaire des instruments.

La tumeur, que vous touchez maintenant, peut présenter des caractères anatomiques variés.

Dans un premier cas, le plus simple, elle est en grande partie libre et consistante. Vous introduisez alors l'index gauche jusque sur le fibrome pour guider votre pince ; à ce moment un aide appuie fortement sur la paroi abdominale pour abaisser l'utérus le plus possible. L'instrument le meilleur est une pince à érignes courtes, ou une pince à kyste de Nélaton, munie de pointes solides. Une portion du fibrome est saisie dans les mors de cette pince. Au moyen d'une forte torsion et d'une traction énergique, il est bien rare que le morceau de fibrome saisi ne vienne pas avec la pince. Vous introduisez de nouveau celle-ci pour saisir un second morceau que vous enlevez de même par la torsion, et ainsi de suite. Je suis arrivé par cette méthode à enlever des fibromes du volume d'une tête de fœtus à terme, après avoir donné deux et trois cents coups de pince.

Pendant ce travail, il se produit un phénomène qui vient en aide au chirurgien ; je veux parler de la contraction du muscle utérin qui provoque la diminution de la cavité utérine et l'abaissement continu du fibrome, celui-ci est alors toujours à la partie du doigt.

On arrive ainsi à un moment délicat de l'opération, dangereux même dans des mains inexpérimentées. Je veux parler des précautions qu'il faut prendre, quand la presque totalité du fibrome a été enlevée et qu'on veut achever l'extirpation, pour ne pas crever le fond de l'utérus.

Il existe heureusement pour éviter cet accident un moyen très pratique. Lorsque la main placée sur l'abdomen sentira assez nettement que le bout de la pince introduite dans la cavité utérine se rapproche de la surface de l'organe, il sera bon de s'arrêter. Les quelques débris de fibrome qui restent sont de peu d'importance et pourront s'éliminer sans provoquer d'accidents.

J'ai supposé que le fibrome était mou et facile à déchirer par morceaux avec une pince solide. Mais si la tumeur est dure et résistante, on aura soin, après avoir saisi une partie avec la pince longue, de glisser sur le doigt, jusque sur le tissu à enlever, de longs ciseaux courbes : ceux-ci détacheront des tranches plus ou moins épaisses, préalablement saisies dans des pinces.

C'est conformément à la méthode que je viens de vous exposer que j'ai opéré devant vous une femme qui était couchée dans la salle Lallemand. Cette femme avait un fibrome du volume de deux poings, interstitiel et sous-muqueux, susceptible par conséquent d'être enlevé par la méthode du morcellement. Elle avait depuis longtemps des hémorrhagies graves et des douleurs

violentes, expulsives, qui rappelaient celles de l'accouchement. Sa santé était très compromise. J'ai enlevé chez elle un fibrome du volume d'une tête de fœtus, et, pour cette ablation, j'ai dû introduire cent treute-quatre fois la pince.

Les suites de l'opération ont été des plus naturelles: la malade n'a pas eu la moindre élévation de température, et elle quittait l'hôpital guérie quinze jours après son opération. Les soins consécutifs ont consisté à faire des lavages quotidiens avec la solution boriquée, intra-utérins les premiers jours, vaginaux les jours suivants, et à pratiquer le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. Vous avez pu voir que le jour de sa sortie elle ne souffrait pas et que l'utérus était parfaitement revenu sur lui-même.

Nous nous sommes placés, pour cette première description, dans des conditions particulièrement simples. Mais vous rencontrerez aussi très souvent une autre variété de fibrome d'un accès plus difficile et qui rend l'opération plus longue et plus complexe. Le fibrome, tapissé par la muqueuse, est en quelque sorte enchatonné dans la paroi utérine, qui forme une sorte de circuit autour de lui.

Lorsqu'on a affaire à cette variété, il est nécessaire d'introduire le doigt indicateur aussi loin que possible. Sur ce guide très sûr, on introduit un bistouri boutonné à long manche, avec lequel est pratiquée une boutonnière dans la muqueuse qui recouvre la tumeur.

En détachant la muqueuse avec le doigt, vous agrandirez cette boutonnière de façon à pouvoir bientôt introduire une pince qui ira saisir les fragments de fibrome dénudé.

Après avoir ainsi peu à peu dégagé la tumeur en dilacérant son enveloppe, vous pratiquerez l'ablation par morcellement comme dans le premier cas dont je vous ai parlé.

Quelquefois, la disposition des fibromes intra-utérins est plus complexe encore. Ainsi, il arrive que le fibrome principal pointe vers la cavité utérine; mais il est accolé à un ou deux fibromes plus petits situés plus haut vers le péritoine. Ces tumeurs sont contiguës les unes aux autres. Il peut arriver, dans ce cas, que, après l'ablation du fibrome principal, *interstitiel* et *interne*, les fibromes sous-péritonéaux qui lui sont accolés se mortifient et que par la suite ils soient chassés vers la cavité utérine par les contractions de la paroi; malheureusement, leur mortification produit souvent des accidents septiques contre lesquels on lutte difficilement.

Il m'a été donné d'observer cette variété chez une de mes malades qui finit par guérir après avoir eu pendant quelque temps des accidents de septicémie. Dans ce cas, je m'étais trouvé dans les conditions des anciens opérateurs, c'est-à-dire que les fibromes secondaires se sont mortifiés et n'ont été expulsés que tardivement. Ce cas a été publié par moi dans un travail lu devant la Société de Chirurgie (mai 1889).

On peut enfin rencontrer, au lieu d'un gros fibrome unique, plusieurs fibromes assez petits, interstitiels et proéminant plus ou moins du côté de la muqueuse utérine. C'est le cas d'une observation que j'ai publiée dans le mémoire précédent, et dont je vous donnerai seulement le résumé.

Il s'agissait d'une femme ayant des douleurs expulsives intolérables et des hémorrhagies qui mettaient sa vie en danger. Ces deux signes me permirent de diagnostiquer la présence dans la cavité utérine d'un ou plusieurs corps fibreux. Après l'incision du col et la dilatation de l'orifice interne, je sentis avec le doigt trois fibromes interstitiels internes, de la grosseur d'une noix, indépendants, bien que situés les uns à côté des autres. Je les enlevai tous les trois après avoir déchiré leur enveloppe, et je pus me convaincre par le toucher que la cavité utérine était entièrement libérée. Cette femme a complètement guéri; les hémorrhagies et les douleurs ont disparu depuis cette époque.

Tel est le détail de cette opération, telle que vous me l'avez vu pratiquer. J'ai essayé également de vous indiquer quelles sont les circonstances diverses où peut se trouver le chirurgien.

L'opération terminée, veillez attentivement aux soins consécutifs que vous devrez donner: Vous ferez un nettoyage complet de la cavité utérine et du vagin avec de l'eau bouillie additionnée d'une faible dose de sublimé; l'hémostase étant obtenue, vous tamponnerez la cavité du col avec de la gaze iodoformée.

Je ne fais pas de sutures du col, car je crois que le seul affrontement des deux lèvres suffit pour lui redonner sa forme primitive. Cependant, certains chirurgiens sont d'avis de suturer et même de pratiquer une résection. Cette pratique peut être utile dans quelques cas.

Le vagin sera bourré de gaze iodoformée; mais rappelez-vous que la susceptibilité des malades à l'égard de l'iodoforme étant variable, vous devrez vous méfier de l'intoxication iodoformée.

Si des accidents iodoformiques apparaissaient, tels que nausées, délire diurne et bruyant, langue sèche, etc., vous devrez sans retard remplacer la gaze iodoformée par de la gaze au salol, qui n'a pas la même puissance de désinfection, mais qui a l'avantage de ne pas provoquer d'intoxication, il sera seulement nécessaire de le remplacer plus souvent.

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, je donne de l'ergot de seigle pour favoriser la contraction utérine ainsi que l'hémostase, et amener également l'expulsion des caillots et des débris de la tumeur qui auraient pu rester dans la cavité de l'utérus.

Les tampons vaginaux seront changés tous les deux ou trois jours et les lavages antiseptiques faits régulièrement. En prenant ces soins consécutifs, on évitera la fièvre et les accidents septiques et on obtiendra une guérison complète au bout de 15 ou 18 jours.

Je crois avoir à peu près terminé la description de cette opération, dans son ensemble. Quoi qu'il en soit, si j'ai omis de nombreux et minutieux détails, qu'on ne saurait indiquer que pendant le cours d'une opération, j'espère vous avoir du moins convaincu de ce fait: que l'ablation des corps fibreux par le morcellement, malgré les désordres énormes qu'elle paraît nécessiter, est une opération rationnelle; j'ajouterai même que d'après les statistiques elle est relativement bénigne, surtout si on la compare à l'hystérectomie abdominale.

Pour faire cette opération, il est nécessaire de reconnaître la nature de la tumeur; or, le diagnostic de ces fibromes interstitiels à large implantation est parfois difficile.

Cependant, je vous indiquerai trois moyens que vous devrez employer pour arriver à faire le diagnostic certain. Vous ferez d'abord l'examen avec l'hystéromètre. Une première notion, qui vous servira, est l'augmentation de la cavité utérine; dans quelques cas, au contraire, l'hystéromètre butte contre un obstacle qu'il est obligé de contourner pour pénétrer plus profondément. D'autres fois, l'hystéromètre pénétrera dans deux di-

rections différentes, la tumeur occupant la partie intermédiaire; enfin, il vous arrivera de ne pas pouvoir introduire l'hystéromètre. Ces remarques peuvent vous donner quelques notions importantes sur la position du fibrome.

Un second moyen très utile pour compléter votre examen consiste à faire la dilatation lente du col de l'utérus avec des tiges de laminaire. Après plusieurs jours et plusieurs introductions de laminaire, la dilatation est suffisante pour vous permettre l'introduction au doigt indicateur et assurer ainsi votre diagnostic.

Enfin, si les deux moyens précédents ne vous ont pas permis d'établir votre diagnostic sur la situation et la conformation du fibrome, vous ferez l'exploration de la cavité utérine après avoir fait la section bilatérale du col. Cette dernière manœuvre se fera au moment même de l'opération. Elle constituera pour ainsi dire une opération préliminaire. Si elle ne permet pas d'atteindre la tumeur située trop haut, il ne faut pas se décourager, car vous n'aurez pas fait une opération inutile. C'est là, en effet, un mode d'intervention destiné à lutter contre les douleurs produites par les fibromes. J'ai remarqué plusieurs fois que cette incision bilatérale du col était très efficace dans les cas de fibromes douloureux et saignants proéminant dans la cavité utérine et provoquant des contractions violentes de l'utérus. Elle amène surtout l'abolition des douleurs. Effectivement, les douleurs sont produites par la contraction des fibres longitudinales de l'utérus qui, pour se contracter, trouvent un point d'appui sur les fibres musculaires circulaires de la région du col. Celles-ci étant coupées, le point d'appui manque pour la contraction des plus longitudinales.

Quant aux hémorrhagies, elles coïncident toujours avec les contractions douloureuses. Aussi, en incisant le col, ces contractions sont détruites; de là l'arrêt des pertes sanguines, au moins pendant quelque temps. C'est ce qui est arrivé pour une malade qui était couchée dernièrement dans nos salles. Chez elle, je n'avais pu atteindre le fibrome avec le doigt introduit dans l'utérus, car cet organe ne pouvait, à cause de son volume, être abaissé vers la vulve. Je me contentai de faire l'incision bilatérale du col, sans pouvoir aller plus avant; mais, grâce à cette intervention, la malade n'a plus eu de douleurs ni de pertes pendant quelques mois. Malheureusement les douleurs et les hémorrhagies ont reparu. Ce moyen thérapeutique a été du reste déjà proposé contre les fibromes saignants et souvent employé avec succès; aussi, nous y reviendrons dans une prochaine leçon.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Segond, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est chargé, en outre, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale à ladite Faculté.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 16 mai 1890, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 avril 1890, et sera clos définitivement le lundi 28 du même mois, à trois heures.

Association des étudiants de Nancy. — L'Association des étudiants de Nancy est la plus ancienne qui existe en France : elle a été fondée en 1878 par MM. Leclaire, Vernolle et Thouvenel. Son président actuel est M. Dumont.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jusqu'à ces derniers temps, les dermatologistes et les syphiligraphes français vivaient pour ainsi dire isolés et, contrairement à leurs collègues étrangers d'Amérique, d'Angleterre, de Russie, d'Allemagne, d'Italie, etc., qui se réunissent à des intervalles déterminés, ils n'avaient constitué aucune société et se contentaient d'échanger leurs idées, soit dans les Congrès, soit dans les Sociétés de médecine générale, soit encore en publiant leurs travaux dans les revues spéciales ou les différents journaux. Ce n'est pas que l'idée d'une Société de Dermatologie n'ait pas été agitée il y a plusieurs années déjà, mais il n'y a pas très longtemps, on le sait, que cette branche de la médecine a pris son essor définitif : elle était un peu délaissée, et, malgré les maîtres éminents qui à Paris cherchaient à attirer l'attention des élèves sur les maladies cutanées et syphilitiques, le nombre de ses adeptes était assez restreint. Il n'en est plus de même aujourd'hui : les disciples de cette Ecole de Paris, devenus maîtres à leur tour, soit dans l'école même qui les avait formés, soit dans les autres écoles de France, ont fait eux aussi profiter leurs élèves de leur expérience; ils les ont initiés à la science qu'ils professent et leur en ont montré le charme et l'intérêt. Ainsi s'est accru de jour en jour le nombre des praticiens qui se livrent à l'étude de la dermatologie : de là est né le désir de travailler en commun, de se réunir pour faire échange de vues et de conseils, de se grouper pour édifier un ensemble, un édifice durable.

Lorsque l'année dernière MM. Fournier et E. Vidal parlèrent de constituer une Société de Dermatologie, l'idée était mûre et l'approbation fut unanime. C'est aux savants maîtres de l'hôpital St-Louis que revient donc l'honneur d'avoir cherché à réunir, dans l'intérêt de la science qu'ils représentent avec tant d'autorité, tous les médecins qui s'y intéressent. Il ne fallait pas oublier que si Paris en possède un grand nombre, les autres centres universitaires de province comptent eux aussi des dermatologistes du plus grand mérite, dont la place était marquée d'avance dans une Société de ce genre : cette Société fut donc d'emblée nationale; elle prit le nom de Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Par un étrange retour des choses, la dermatologie qui avait été si longtemps délaissée est aujourd'hui une des parties de la médecine que l'on cultive le plus, et à l'étranger, plus encore que chez nous peut-être, elle compte de nombreux partisans. Dans les pays de langue allemande notamment, les dermatologistes sont nombreux et ils se réunissent fréquemment. Leur exemple pouvait dès lors nous inspirer. Cependant si à Berlin depuis assez longtemps déjà, si à Vienne depuis quelques mois les Sociétés de Dermatologie se réunissent une ou deux fois par mois, ce mode de réunion ne laissait pas d'offrir en France de nombreuses difficultés dans la pratique, puisqu'il était entendu que la Société nouvelle était non pas locale mais nationale. Il fut donc décidé qu'elle se réunirait deux fois par an, de façon à ce

que les membres des départements pussent assister à chaque session. Chacune de ces sessions doit avoir, de par les statuts, une durée de trois jours. Une disposition analogue a été adoptée par les pays allemands dont nous parlions à l'instant. En dehors en effet des réunions mensuelles, hebdomadaires ou autres, en dehors des Congrès annuels de médecine dans lesquels une section est réservée aux maladies cutanées et syphilitiques, les dermatologistes de langue allemande ont organisé un Congrès spécial de Dermatologie qui s'est tenu l'année dernière à Prague et dans lequel on pourrait relever les discussions les plus intéressantes. Il ne faut pas confondre, on le sait, ces Congrès nationaux de Dermatologie avec les Congrès internationaux de même ordre qui ont été décidés l'année dernière au Congrès de Paris, et qui doivent avoir lieu tous les trois ans. Que l'on discute si l'on veut sur les termes, que l'on appelle la Société française de dermatologie Congrès, puisqu'elle ressemble au dernier Congrès de Prague, peu importe. Ce Congrès ou cette Société se réunira, au début du moins, deux fois par an, dans ce milieu d'études incomparable, l'hôpital Saint-Louis. La Société diffère donc de ce que l'on voit dans les autres pays : un de ses grands mérites est d'avoir su faire appel à la science française tout entière, en acceptant la collaboration de la science étrangère dont les représentants sont admis au titre de membres correspondants. Telle est l'idée qui a présidé à la création de cette Société : de nos jours le domaine des sciences médicales s'est tellement étendu qu'il est devenu pour ainsi dire impossible de l'embrasser dans son entier. De toute nécessité il faut être éclectique, et si la science progresse si rapidement, c'est grâce aux efforts réunis des travailleurs qui consacrent leur temps et leurs efforts à l'exploration de l'une de ses branches. Il doit en être pour la dermatologie ce qu'il en est pour l'ophtalmologie, l'otologie, l'obstétrique par exemple ; c'est de l'effort commun, du travail de tous, que doit surgir la connaissance de la vérité et, à ce titre, on ne saurait trop se féliciter de la création de cette société d'études dermatologiques qui se dégagent à peine d'une ère d'obscurité. Puisse cette Société, en même temps qu'elle resserrera les liens qui unissent les médecins français qui s'intéressent à la dermatologie, faire la lumière sur les questions en discussion et propager les vérités acquises. C'est le meilleur souhait qu'on puisse faire à l'occasion de la première réunion.

La séance d'ouverture a eu lieu jeudi, dans la salle des conférences du musée de l'hôpital St-Louis, sous la présidence de M. le docteur Hardy. L'empressement des membres de Paris et des départements à se rendre à cette première séance a bien montré que l'idée de MM. Fournier et Vidal avait été accueillie favorablement et qu'ils avaient eu raison de penser qu'on pouvait compter sur des centres où la dermato-syphiligraphie est en honneur, Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, etc., pour constituer une Société qui, dans notre pays seul, n'existait pas, alors qu'à New-York, Londres, Saint-Pétersbourg, par exemple, les dermatologistes se réunissent depuis plusieurs années déjà.

La Société française de Dermatologie compte déjà plus de cent membres titulaires dont le quart environ est représenté par des confrères des départements : le nombre des adhérents semble devoir s'accroître rapidement. C'est le meilleur argument qu'on puisse opposer à ceux qui ont prétendu qu'en France on ne s'intéressait pas à la dermatologie et qu'il fallait aller à Vienne pour apprendre à connaître les maladies de la peau ou les manifestations de la syphilis.

P. R.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

1re *Séance du* 10 *avril* 1890. — Présidence de M. Hardy.

M. Hallopeau présente un malade atteint d'une *dermatose bulleuse congénitale* avec nodules épithéliaux et cicatrices indélébiles. Il s'agit d'un jeune homme qui a été atteint de cette affection six semaines après sa naissance. L'éruption se produit actuellement aux mains, aux pieds, aux coudes, mais elle a autrefois atteint la poitrine, ainsi qu'en témoignent les cicatrices. Elle est caractérisée par des vésicules et des bulles remplies d'une sérosité à tendance hémorrhagique. Elles peuvent aussi siéger sur les muqueuses buccale et pharyngée. A leur suite on voit apparaître des cicatrices et des nodules jaunâtres, résistants, confluents, sortes de kystes épidermiques que l'examen microscopique a montré être formés de couches épithéliales superposées et d'une cavité qui représente probablement un canal sudoripare. Ces éruptions succèdent souvent à des influences extérieures ; avec l'âge, l'état du malade tend à s'améliorer. Cette affection semble constituer un type nouveau caractérisé par des éruptions bulleuses suivies d'une néoformation à évolution chronique. La maladie s'accompagne d'altérations unguéales et ne détermine ni douleur, ni prurit.

M. Besnier pense que ce fait n'est pas unique. Il s'agit d'une maladie non encore classée ni dénommée, que caractérisent des bulles souvent sanguinolentes sous l'influence du moindre choc, et qui est suivie de kystes épidermoïdaux. Le point particulier est de savoir s'il s'agit vraiment d'une affection congénitale. Il l'a vue se développer dans les premières semaines après la naissance, mais aussi dans la jeunesse et même chez l'adulte.

M. Hardy attribuerait volontiers les cicatrices non pas à la maladie elle-même, mais à ce fait que les bulles ont duré longtemps. Dans les vésicatoires, par exemple, on peut voir se produire des cicatrices indélébiles s'ils ne sèchent que tardivement ; de même dans les pemphigus diutinus. Il insiste surtout sur ce fait que la maladie n'est pas à proprement parler congénitale.

M. Jacquet dit que ces productions kystiques ne sont pas spéciales à cette affection et qu'elles ne se rencontrent pas seulement dans les affections bulleuses. Robinson en a signalé dans le lichen plan. Ce sont des perles épithéliales développées dans le derme, soit à la suite d'une obstruction des glandes sudoripares, soit plutôt, pense-t-il, par une éclosion dermique de germes épithéliaux.

M. Mauriac relate un cas d'*hémiatrophie linguale d'origine syphilitique*. Il s'agit d'un malade de 40 ans que rien, semble-t-il, ne prédisposait à des lésions du système nerveux. Syphilis à 26 ans : évolution bénigne ; traitement négligé ; 14 ans après le début des accidents surviennent des phénomènes graves : courbature, insomnie, céphalée, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. Trois mois après, la langue s'embarrasse, se meut difficilement ; gêne de la mastication, de la prononciation, etc. Puis le côté droit du corps s'affaiblit et peu à peu la langue devient asymétrique, son côté droit diminuant d'un tiers. La sensibilité linguale est atteinte dans tous ses modes. A la suite d'un traitement mixte, amélioration de

la parésie des membres, mais l'hémiatrophie linguale persiste et il se surajoute même une paralysie de la 6e paire. Les cas d'hémiatrophie linguale d'origine syphilitique ont déjà été signalés par Stewart et par R. Leudet notamment, mais ils sont rares et montrent que ce n'est pas le tabès seul qui peut déterminer l'atrophie de la langue. Quant à la nature de cette cérébropathie, M. Mauriac ne se prononce pas.

M. Feulard présente deux malades atteints de *lichen plan.* Une femme âgée de 69 ans chez laquelle l'éruption a débuté il y a 9 mois et siège sur le dos des mains et sur les jambes, revêtant en ce point l'aspect du lichen verruqueux corné tandis qu'ailleurs ce sont les papules typiques du lichen de Wilson. Le second malade est un homme âgé de 30 ans, atteint depuis 3 mois de toutes petites papules discrètes qui représentent le type du lichen plan aigu à variété miliaire. Il présente des papules sur la muqueuse du gland. Les deux malades offrent une éruption sur la muqueuse buccale de petites papules blanches. Ces deux sujets présentent donc différents types de la même affection. Une particularité à relever chez la femme est la desquamation en plaques noirâtres de ces papules, comme s'il s'agissait de verrues séniles. Les petites papules ont une apparence brillante, comme vésiculeuse, simulant presque une miliaire sudorale. La femme est nerveuse, arthritique ; l'homme a eu de grandes émotions, des chagrins : chez tous deux l'éruption a débuté au printemps ; ce sont là des conditions étiologiques signalées.

M. Balzer relate l'observation d'une malade atteinte de *syphilis maligne précoce et chez laquelle une pustule de vaccine fut compliquée de gangrène.* La malade était âgée de 23 ans, d'une mauvaise santé et scrofuleuse. Elle était atteinte de syphilides ulcéro-croûteuses généralisées et profondes. Soumise au traitement par les injections de benzoate de mercure, son état s'améliorait lorsque survint l'incident suivant. Elle fut vaccinée, et sur trois inoculations, une seule réussit, mais la vésicule devint noirâtre, s'indura à sa base et s'ulcéra. Une eschare s'ensuivit qu'on ne put détacher : elle gagna en profondeur et en surface. Deux mois après, apparut un sillon d'élimination et elle finit par se détacher quatre mois après la vaccination. Cette eschare avait une épaisseur de trois à quatre millimètres et la largeur d'une pièce de 5 francs. L'ulcération consécutive bourgeonna lentement. Quelle est la cause de cette gangrène ? Certes le mauvais état général de cette femme, la scrofulo tuberculose, une blennorrhagie intense dont elle était affectée sont des conditions qui pourraient être invoquées. On pourrait aussi incriminer la syphilis qui aurait pu favoriser l'apparition de la gangrène par son action dépressive. M. Balzer néanmoins pense qu'il s'agit là d'un fait contingent et il croit à l'influence de microbes spéciaux, à la présence d'agents septiques indépendants de la vaccine et de la syphilis dont l'intervention a occasionné cette gangrène.

M. Du Castel considère que les lésions gangréneuses consécutives à la vaccine, chez des sujets atteints de syphilis même grave, sont un phénomène exceptionnel. Pour lui comme pour M. Balzer, il s'agit d'un fait fortuit et la syphilis ne doit pas être incriminée. Elle fait par elle-même assez de mal sans qu'on l'accuse encore de méfaits qu'elle ne commet pas : il faut savoir qu'on peut vacciner même s'il s'agit d'une syphilis maligne.

M. Mauriac fait des restrictions à cet égard : il n'est pas prudent, chez un malade qui offre une prédisposition à des lésions ulcéreuses, de superposer une action ulcérative. Chez des malades de cet ordre il faut se méfier des vaccinations.

M. Fournier communique une observation de *syphilide de la lèvre, simulant le lupus érythémateux.* La malade qui fait le sujet de cette communication présentait à la lèvre une nappe érythémato-papuleuse aussi bien sur la face cutanée que sur la face muqueuse. Cette nappe était rouge, lisse, régulière, indolente, sans nodosités ni irrégularités. Constituée par une infiltration du derme, son début remontait à 10 mois. La santé était excellente : la syphilis fut exclue de par l'absence d'autres symptômes, de par les commémoratifs, de par les signes objectifs de cette lésion qui simulait si bien le lupus erythémateux que le diagnostic en fut porté. Six semaines plus tard survenait une lésion oculaire qui fut reconnue comme étant une kératite parenchymateuse avec iritis syphilitique, et l'enquête démontra qu'il s'agissait d'une infection hérédo-paternelle. A la suite d'un traitement spécifique la malade était guérie en cinq semaines de ses deux lésions et depuis trois ans cette guérison s'est maintenue.

Cette observation comporte un double enseignement : 1° l'apparition d'une syphilide de cet ordre à l'âge de 25 ans comme manifestation héréditaire à longue portée ; 2° l'existence d'une forme peu connue d'une syphilis tertiaire simulant, à s'y méprendre, le lupus érythémateux. C'est bien une syphilide tertiaire, mais d'un ordre particulier, superficielle et plate, étalée et sans reliefs ; laminée, c'est le nom qui lui convient.

M. Morel-Lavallée appelle l'attention sur la *difficulté du diagnostic de certains chancres syphilitiques.* Il s'agit d'un chancre syphilitique qui a évolué sans induration de base et sans adénopathie : il a été suivi dans les délais réglementaires de manifestations secondaires, mais l'adénopathie manque encore.

M. Fournier fait ressortir l'importance de telles observations. Il a pour sa part observé quelques faits de ce genre ; dans ces chancres sans induration, l'évolution se fait souvent en deux temps : une érosion survient d'abord, non indurée, et se cicatrise, puis survient une deuxième érosion, celle-ci indurée et typique. Il ne s'agit pas pour la première d'une vésicule d'herpès prémonitoire par exemple, car la récidive se fait *in situ* ; c'est primitivement un chancre, auquel manque l'induration. Quant aux syphilis sans adénopathie, il en connaît aussi quelques cas.

M. Mauriac a vu lui aussi cette double évolution du chancre. Pendant les 5 ou 6 premières semaines, il n'y a pas d'induration, puis l'érosion reparaît et l'évolution de la syphilis continue.

M. Verchère cite un fait analogue.

M. Barthelemy demande si la gravité de ces syphilis sans adénopathie est la même que lorsque le système ganglionnaire est envahi.

M. Fournier répond qu'il n'y a pas de différence dans l'évolution de la maladie.

M. Mauriac pense aussi qu'on ne peut tirer aucune déduction pronostique de l'état des ganglions.

M. Burlureaux fait lire une note sur la *réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme.* Il s'agit d'un malade atteint d'une éruption prurigineuse papulo-érythémateuse, due à une intoxication par l'iodoforme. Il accusait un goût d'iodoforme : on lui mit dans la bouche une pièce d'argent, et il perçut alors une saveur alliacée qui serait, d'après le Pr Poncet, caractéristique de l'élimination de l'iodoforme. En diluant une pincée de calomel dans la salive du malade, on détermina l'apparition d'une teinte jaune serin due à la formation d'un iodure mercureux. Cette réaction est très sensible et pourra servir pour dépister l'intoxication par les iodures ou par l'iodoforme. Paul Raymond.

Ordres du jour des séances du 11 et du 12 avril 1890.

1° *Vendredi 11 avril* (9 h. du matin). M. Sevestre : *Tuberculose cutanée chez un enfant.* — M. Quinquaud : *Eruption de l'intoxication urique.* — M. Du Castel : *Les chancres atypiques.* — MM. Zambaco-Pacha et Euthyboule : *Chancre syphilitique du menton occasionné par le rasoir.* — M. de Beurmann : *Chancres mammaires.* — M. Morel-Lavallée : *Difficultés de diagnostic du chancre syphilitique.* — M. Quinquaud : *Nouveau mode de traitement de la syphilis.* — M. Humbert : *Des fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis.* — M. Hallopeau : *Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative ou poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée ; Sur un cas de cheveux annelés.*

2° *Samedi 12 avril* (9 h. du matin). M. Barthelémy : *Relation de quelques cas de grippe épidémique, accompagnés d'érup-*

tions cutanées symptomatiques. — M. Mauriac : *Un cas grave d'arthropathie blennorrhagique.* — M. Du Castel : *Traitements nouveaux de l'orchite, le stypage en particulier.* — M. A. Renault : *Observation de tabes aigu d'origine syphilitique, suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature.* — M. Quinquaud : *Nouvelles recherches sur la lèpre.* — M. Euthyboule : *Syphilis acquise chez une femme porteuse de dents d'Hutchinson ; Syphilide tertiaire pustulo-érosive du gland, au niveau d'un noyau de sclérose, persistant trente-cinq ans après l'accident primitif.* — M. Portalier : *Syphilis papulosquameuse en corymbe.* — M. Baudouin : *Deux cas d'hydroa buccal pseudo-syphilitique.* — M. Jacquet : *Pathogénie de quelques dermites artificielles.* (*A suivre*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mars 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Ranvier indique une *nouvelle méthode pour étudier au microscope les éléments et les tissus des animaux à sang chaud à leur température physiologique.* Cette méthode, qui permet de se passer des platines chauffantes, d'un prix coûteux et d'un maniement difficile, consiste à plonger le microscope dans un bain d'eau chaude (36° c. à 39° c.). A l'aide de ce procédé, M. Ranvier a pu rendre ses auditeurs témoins d'un fait de biologie générale assez important. On sait que, chez un Mammifère mort depuis 24 heures, les tissus ne présentent plus de réactions physiologiques ; néammoins, des éléments anatomiques, séparés de l'animal avant la mort et conservés dans certaines conditions, sont encore vivants au bout de 24 heures. M. Ranvier recueille, chez un lapin qu'on vient de décapiter, une goutte de lymphe péritonéal qu'il place dans un porte-objet chambre humide. Il ferme la préparation et la conserve à la température ambiante. Au bout de 24 heures, il la porte dans le bain chaud, à 38°, et il voit un grand nombre de cellules lymphatiques émettre des prolongements amiboïdes. Avant d'être élevées à la température nécessaire à la manifestation de leurs réactions vitales, ces cellules étaient sphériques et immobiles : elles étaient donc dans un état de vie latente, une sorte d'hibernation, depuis 24 heures, lorsque la chaleur est venue les réveiller.

M. Verneuil signale des *difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs et constituant des pieds bots phlébitiques.* Il s'agit de complications tardives de la phlébite. On peut les rapporter à deux formes du pied bot, l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils qui, dans les variétés congénitales sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes. Les agents de la déviation du pied sont donc surtout les muscles de la couche profonde de la jambe (fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur) plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaire. Voici comment les choses semblent se passer. Tant que les veines superficielles et profondes intermusculaires sont seules enflammées, les muscles, isolés par des plans aponévrotiques ou une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, restent étrangers au processus morbide ; mais, dès que les vaisseaux intramusculaires sont pris, la fibre rouge, en contact immédiat avec eux, s'enflamme à son tour et entre en fonction pathologique. En d'autres termes, la phlébite amène la périphlébite, laquelle, agissant sur le seul tissu voisin, amène nécessairement la myosite, qui produit fatalement à son tour la contracture, puis la rétraction et les déviations et difformités conséquentes. Il s'agit, en tous cas, d'une affection rare et difficile à guérir.

M. L. Cuenot étudie *le sang et la glande lymphatique des Aplysies.*

MM. G. Pouchet et Beauregard adressent une note sur *un échouement de Cachalot à l'île de Ré.*

M. Léon Guignard décrit *le mode d'union des noyaux sexuels dans l'acte de la fécondation.* Il a déjà montré que chez les plantes phanérogames les noyaux seuls jouent le rôle essentiel dans la fécondation. Tout l'intérêt se porte donc sur la façon dont le noyau mâle s'unit au noyau femelle. Or on observe toujours un accolement des noyaux sexuels. La fusion des cavités nucléaires, qui a lieu à un moment variable, paraît nécessaire pour mettre en jeu le développement ultérieur de l'œuf. Aucune soudure ne se produit entre les segments chromatiques mâles et femelles. La copulation se réduit à un mélange de substances solubles dérivées de l'activité nucléaire et, quel que soit le moment où elle a lieu, le noyau de l'œuf n'entre en division qu'après une métamorphose du corps reproducteur mâle.

M. de Lagerheim signale un *nouveau Champignon parasite dangereux de la vigne,* l'Uredo Vialæ, qu'il a observé à la Jamaïque. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Heckel (de Marseille) communique le résultat de ses recherches sur le *kola comme agent suspenseur de la fatigue musculaire.* Il a constaté qu'après épuisement de la caféine par le chloroforme, la poudre de kola agit encore d'une manière très sensible sur l'élément musculaire, et l'excitabilité nerveuse est à peine sensible. Le rouge de kola qui reste renferme donc, sans doute, des alcaloïdes, des tannins, etc., très actifs et qui sont encore à isoler. Ce serait donc lui le principal agent de l'excitabilité super-nutritive du muscle. Différentes expériences faites par des officiers en Afrique et en France tendraient à confirmer ces données. A dose d'alcaloïde égale il y a toujours avantage à employer la semence fraîche pour obtenir le maximum d'action dans la marche. Cela tient à une huile essentielle, excitant général du système nerveux, qu'elle contient. Il faut éliminer cette huile quand on veut appliquer le kola à l'alimentation de marche. On y arrive par des fermentations successives. Les expériences sur l'emploi du kola contre l'essoufflement de la marche confirment aussi les assertions de M. G. Sée. Aussi M. Heckel cherche-t-il à faire admettre officiellement le kola dans l'alimentation du soldat en marche.

M. Colin fait remarquer que ce qui a empêché jusqu'ici de l'expérimenter, c'est qu'on ne connait pas le principe actif de cette substance et qu'on ne peut tirer de conclusions avec des produits non identiques.

M. Lesage expose ses recherches *sur le choléra infantile et le choléra nostras.* — Dans beaucoup de cas de choléra infantile existe un microbe spécial, bacille plus résistant aux agents extérieurs que le bacille virgule et s'atténuant moins vite. Il se colore par la méthode de Gram, et cultivé à 38° sur la gélose ou le bouillon neutre, il produit une substance alcaline à odeur d'aubépine qui persiste pendant des mois. On ne l'observe que dans l'intestin de l'enfant. Une fois isolé, il produit le choléra expérimental. Il pense que ce microbe joue un rôle important dans la production du choléra infantile parce que : 1° Il existe en abondance et presque seul dans bon nombre de cas de choléra infantile ; 2° Il reproduit seul le choléra expérimental ; 3° Il produit une substance identique à celle du bacille virgule, toxique à la dose de 4 à 5 milligrammes, qui cause une algidité persistant de 20 à 30 heures et déterminant la mort de l'animal, produisant enfin la lésion cholérique intestinale. A la dose de 6 à 8 milligrammes elle tue l'animal en 5 à 10 heures. Ainsi l'agent morphologique peut être variable et produire une même substance toxique. Les caractères cliniques des maladies cholériques sont identiques, car la substance est une ; leur cause étiologique varie suivant la biologie du micro-organisme producteur de cette substance.

M. G. Gautier lit un travail sur le *traitement des fibromes intra-utérins par la galvano-caustique chimique intra-utérine et monopolaire de l'utérus.* P. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. DUBREUILH (Montpellier) envoie une note sur un cas de *kyste hydatique de la mamelle.* Femme de 44 ans, dont la tumeur, située à la partie supérieure de la mamelle, remonte à deux ans. Depuis deux mois, douleurs vives ; pas d'adhérences à la peau. Ponction. C'était un kyste hydatique suppuré. Injections modificatrices. Guérison sans incision. — M. Dubreuilh est heureux d'avoir pu obtenir la guérison absolue sans cicatrice.

M. PONCET (de Lyon) adresse une note sur la façon d'obtenir l'*asepsie des instruments en gomme.* Il adopte le procédé de la stérilisation par la chaleur dû à MM. Terrier et H. Delagénière, décrit dans le *Progrès médical,* et s'applique surtout à conserver aseptique les sondes, les bougies, etc., préalablement désinfectées. Pour cela, il les place dans un milieu pulvérulent stérilisé lui-même à 140°, pendant 30 minutes à l'étuve sèche, à savoir dans de la poudre de talc. Tous ces instruments sont placés dans un petit meuble en cuivre, d'où on les retire avec des doigts d'une propreté chirurgicale. Pour les employer, on se sert d'un corps gras antiseptique. Tous les instruments qui ont une fois servi sont passés à l'étuve avant d'être employés à nouveau.

M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. CHÉNIEUX (Limoges) : *Blessure du frontal gauche par un éclat de canon de fusil.* Cet éclat, long de 7 centimètres, large de 2 cent. 1/2, resta inclus un certain temps dans le cerveau. Au bout d'un certain temps on le retira et le trouva enclavé dans les os de la base du crâne. Mais après l'extraction, des crises convulsives se montrèrent et l'opéré mourut dans une attaque apoplectiforme. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est la tolérance momentanée du corps étranger, puis l'apparition d'accidents post-opératoires. Très probablement il s'était produit une exostose et une collection sanguine, et M. Chénieux aurait dû faire une incision exploratrice pour voir ce qui causait ces crises épileptiformes.

M. CHAUVEL fait un autre rapport sur un cas de *gliome de la rétine* dû à M. LAGRANGE (Bordeaux). L'auteur fait remarquer la bénignité relative de ces tumeurs comparées aux autres néoplasmes. Enfant de 7 ans, dont en novembre 1888 on dut énucléer un œil à la suite d'accidents glaucomateux. Après 11 mois, il n'y a pas de récidive. Il s'agissait d'un gliome de la rétine ayant envahi le corps vitré ; il y avait aussi un petit gliome endoptique greffé sur la papille optique. M. Lagrange ajoute qu'il y a une notable différence entre le gliome de la rétine et le sarcome de la choroïde. Il a calculé que sur 94 cas de gliome on avait eu 20 fois une guérison temporaire et une longue survie. Aussi recommande-t-il avec raison les interventions précoces. Même dans les cas de sarcome choroïdien chez l'adulte, on peut avoir une guérison de longue durée.

M. TERRILLON fait un rapport sur une observation de *cholécystotomie avec guérison rapide de la fistule biliaire,* due à M. CHAPUT (Paris).

Femme de 46 ans, souffrant dans la région hépatique et ayant des accidents de lithiase biliaire depuis 3 ans. Tumeur au-dessous du foie. M. Chaput crut devoir faire, et avec raison, l'opération d'emblée, sans ponction préalable, car la ponction peut être dangereuse. C'est ce qu'a fait aussi d'ailleurs M. Terrillon dans 5 cas de cholécystotomie. Le ventre ouvert, ponction de la vésicule biliaire, puis ouverture large. La recherche du calcul fut facile ; mais on trouva un calcul enchatonné dans le canal cystique et on eut la plus grande peine à l'extraire. M. Chaput y parvint en le faisant basculer à l'aide d'un instrument mousse, d'une sonde passée derrière lui. M. Terrillon recommande le procédé de l'évidement du calcul ; en creusant ainsi une cavité dans son intérieur, la coque se brise et l'extraction devient aisée. Avant d'enlever le calcul, M. Chaput eut soin de suturer les bords de l'ouverture de la vésicule à la paroi abdominale. Cela n'est pas nécessaire, d'après M. Terrillon ; il suffit d'attirer la vésicule hors de l'abdomen. Drainage. Guérison.

Au 8e jour, comme la bile coulait toujours (canal cystique perméable) et que d'autre part on savait que le cholédoque était libre, M. Chaput résolut d'obturer la fistule. Pour cela, il aviva les bords de la fistule en abrasant à la curette la muqueuse, décolla dans l'étendue d'un centimètre environ les adhérences de la vésicule à la paroi, rabattit ce lambeau annulaire mobile et le sutura à l'aide d'un surget. Résultat parfait.

Ainsi, M. Chaput oblitéra la fistule biliaire le plus rapidement possible. D'après M. Terrillon, une telle manière de faire doit être très rarement indiquée. Lui qui a eu l'occasion de faire 8 opérations sur la vésicule biliaire, il n'a jamais trouvé de cas où il crut cette façon de procéder indiquée. Il faut pour cela que le canal cystique et le canal cholédoque soient libres, ce qui se voit rarement.

M. TERRIER. — A supposer qu'après une cholécystotomie, il y ait une fistule biliaire et que d'autre part le canal cholédoque soit obstrué ; que faire? Pour lui, la *cholécystentérostomie* est l'opération de choix. D'ailleurs, Mayo Robson l'a faite en Angleterre (1). — A ce propos, il rappelle que la malade sur laquelle il a fait la cholécystentérostomie d'emblée (fistule cholécysto-duodénale) (2) l'année dernière, vient de mourir. La fistule duodéno-cystique est restée perméable jusqu'à la fin, puisqu'il n'y a pas eu de jaunisse depuis l'opération. Cette malade est morte d'une *tumeur de la tête du pancréas* ; cette tumeur, dès son début, comprimait le cholédoque ; c'est ce qui avait engagé M. Terrier à faire la cholécystentérostomie en un temps.

M. TILLAUX a fait récemment une cholécystentérostomie ; malheureusement, son malade est mort. Il rappelle que von Winiwarter a fait, le premier, cette opération.

M. TERRIER fait remarquer que von Winiwarter a fait 6 opérations sur son malade qu'il a mis 21 mois à guérir. La première cholécystentérostomie d'emblée, en un temps, a été faite par un médecin de campagne russe, mort depuis, M. le Dr Monastyrki. D'ailleurs, toute cette question d'historique est traitée avec détails dans la thèse de M. H. Delagénière.

M. TERRILLON remarque que la cholécystentérostomie peut ne pas être toujours possible, à cause des adhérences de la vésicule à la paroi.

M. RICHELOT fait une longue communication sur le traitement de l'*Ectopie testiculaire.* On connaît depuis les travaux de M. Lucas-Championnière (1887) et de M. Tuffier (avril 1889, *Gaz. des Hôp.,* 1890) le traitement de l'ectopie testiculaire par le massage et l'*orchidopexie* (3) ; mais on aurait tort de croire que cela suffit. Il faut un traitement plus complexe que la simple fixation du testicule au fond des bourses ; et d'après M. Richelot, l'orchidopexie elle-même serait inutile, car elle n'empêche pas la récidive. Pour lui, la première chose à faire est de *supprimer le conduit vaginopéritonéal,* c'est-à-dire de faire tout d'abord la cure préventive de la hernie congénitale par les procédés ordinaires (suppression du canal séreux), s'il n'y en a pas déjà une. Cependant, cela peut ne pas suffire, car une force puissante sollicite le testicule à remonter. Il faut compléter l'opération : 1° par la *section des fibres du crémaster,* qui jouent certainement un rôle dans l'ascension ultérieure du testicule ; 2° par la *fixation du cordon* (4). M. Richelot a expérimenté ce procédé et s'en est bien trouvé ; cela lui suffit et l'orchidopexie serait inutile. Le difficile, c'est de bien isoler le cordon et la vaginale reconstituées autour du testicule. Il faut que le testicule soit mobile comme un battant de cloche ; on n'y arrive qu'en dilacérant et séparant les aliments du cordon, quitte à intéresser quelques veines. Ceci fait, on creuse dans le scrotum une logette pour y déposer le testicule sans le fixer. Puis on complète l'opération par la fixation du cordon, en ayant soin de ne pas prendre dans les fils fixateurs le canal déférend ni l'artère spermatique.

(1) Voir Thèse de H. Delagénière que nous avons analysée in *Progrès médical,* n° 9, 1er mars 1890, p. 166.

(2) Nous ne saisissons pas pourquoi M. Dastre (*Arch. Phys.,* avril 1890, p. 323) pense que la fistule cholécysto-duodénale ne doit pas être recommandée chez l'homme. Nous sommes comme notre maître, M. Terrier, et notre ami, H. Delagénière, d'un avis tout opposé.

(3) Cette opération est due à Koch (de Munich) qui l'exécuta dès 1820 ! Voici à ce sujet la récente thèse de M. Duchesne : *Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire,* Paris, 1890.

(4) Puisqu'on a inventé le mot d'Orchidopexie, pourquoi n'accepterait-on pas celui de Funiculopexie ? On pourrait le défendre aussi bien que celui de Rectopexie, qu'on a préféré à celui d'Archopexie (ἀρχός, rectum), plus régulier.

M. Lucas-Championnière pense qu'il faut admettre deux catégories d'ectopie testiculaire, car elles sont bien distinctes : 1° *L'ectopie chez les enfants jeunes.* Elle disparaît par le massage et l'orchidopexie (ancienne célorrhaphie de Tuffier). On obtient de bonnes fixations dans ces conditions là ; 2° *L'ectopie chez les jeunes hommes.* C'est là une forme différente dans laquelle le testicule est très difficile à abaisser par le massage seul. Dans ces cas il faut faire une opération plus complexe, comme le recommande M. Richelot. Toutefois M. Lucas-Championnière n'est pas d'avis de ne pas fixer le testicule. Puisqu'on a un effort considérable à vaincre, il faut faire tout ce qu'on peut pour empêcher l'ascension de cet organe, d'autant plus que l'orchidopexie est absolument inoffensive. Certes il est utile de traiter la hernie, de reconstituer la vaginale, mais cela ne saurait suffire. L'important, en dehors de la fixation, c'est la libération du cordon qui doit être faite avec le plus grand soin. Il y a autour du canal déférent tout un *groupe fibreux*, très résistant, mais souvent mal connu, qui semble être une disposition congénitale. Il faut couper ce tissu très tenace, sectionner le crémaster, etc., de façon à ce qu'il ne reste comme pédicule au testicule que le canal déférent et l'artère spermatique. Cette libération étant bien faite, il suffit de faire l'orchidopexie sans fixer le cordon en haut.

M. Reclus a fait plusieurs fois l'orchidopexie, mais n'a obtenu que de mauvais résultats. Il est vrai qu'il n'a pas procédé à la façon de M. Lucas-Championnière. D'ailleurs les opérations sont-elles si utiles que cela? Souvent le testicule qu'on fixe ne sert absolument à rien, car c'est du tissu fibreux pur. Cependant il est partisan de l'orchidopexie.

M. Monod est du même avis que M. Richelot. Il s'est attaché dans un cas à débrider le plus possible le cordon, puis a reconstitué la vaginale, a creusé avec les doigts une logette pour le testicule qu'il a fixé à la soie. De plus, il a fixé la partie supérieure du cordon. Il ajoute qu'il y a des cas où l'on ne peut pas faire la résection du canal vagino-péritonéal, comme le demande M. Richelot, pour la bonne raison qu'il n'existe pas. Il est d'un avis différent de M. Reclus en ce qui concerne la persistance des tubes séminifères dans les testicules.

M. Gérard Marchand, dans un cas, a constaté l'existence d'une collerette fibreuse, analogue à ce qu'à décrit M. Championnière.

M. Marchand cite un cas d'échec de l'orchidopexie.

M. Richelot répète que l'orchidopexie ne suffit pas, car le scrotum est mobile. Il ne faut pas avoir trop peur de sectionnner l'artère spermatique ; d'autres vaisseaux peuvent y suppléer.

M. Tuffier montre une pièce de *grossesse extra-utérine.*

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 Avril 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Boymond. — A propos de la discussion sur les *désinfectants confiés aux sages-femmes*, rapporte que : Salomon en Amérique ajoute 2 grammes de sulfate de cadmium par litre de solution de sublimé. Ce sel, comme le sulfate de zinc et de cuivre, est un émétique. Cette quantité de sel est suffisante. On pourrait le remplacer par les deux derniers.

M. Grellety fait une communication orale *sur la lithiase biliaire pendant la grossesse.* J'ai eu à soigner deux malades. La première présenta des attaques de coliques hépatiques à la suite d'une grossesse. Pendant une nouvelle grossesse, elle a subi une médication alcaline. Elle est arrivée à la fin de la grossesse sans accidents et sans crises. L'accouchement s'est fait normalement. La seconde fut prise pendant une grossesse de crises avec une jaunisse qui a subsisté quelque temps. La mère et l'enfant ont guéri par la médication alcaline. Après une nouvelle récidive l'enfant a guéri de nouveau. Je n'ai rien trouvé dans la littérature médicale sur ce sujet, à part un mémoire de M. Huchard. Je serais reconnaissant aux membres de la Société, s'ils avaient des observations personnelles, ou s'ils connaissaient des cas semblables, de vouloir bien me les communiquer.

M. Moutard-Martin. — La question se réduit à savoir si une femme allaitant peut subir le traitement alcalin. Il est fréquent de voir à la suite de l'accouchement (15 à 20 jours après) survenir des coliques hépatiques. J'en ai vu plusieurs cas. Même on voit assez souvent se répéter les coliques hépatiques pendant l'allaitement. Dans un cas, le traitement n'a pu être fait que 15 mois après le début. L'amélioration a été réelle. Le traitement alcalin a été fait dans plusieurs cas, et je n'ai vu survenir aucun accident.

M. Huchard. — On peut, dans ces cas, commettre des erreurs de diagnostic. Chez une malade dont j'ai cité l'observation et qui fut prise de coliques quelques jours après l'accouchement avec vomissements, etc., un médecin pensa à une péritonite. L'erreur a été commise enfin par des accoucheurs. Cette erreur est d'autant plus possible que les coliques hépatiques sont souvent suivies de fièvre, de frissons. Je crois qu'il n'y a pas d'inconvénient à envoyer les malades à Vichy, six semaines après l'accouchement. J'ai vu un certain nombre de femmes qui n'avaient de crises qu'après chaque accouchement. D'autres ne les ont qu'au moment de leurs règles.

M. Labbé. — Je n'aurais en aucune appréhension, *a priori*, à alcaliniser ces malades. Trousseau a exagéré la crainte des alcalins. C'est ainsi que Personne a pu prendre pendant un mois 30 grammes de bicarbonate de soude sans se débiliter. Chez deux malades enceintes atteintes de pyrosis et de troubles stomacaux, j'ai donné sans aucun danger du bicarbonate de soude. L'administration du bicarbonate de soude ne fait qu'aider les digestions. Il est probable qu'à Vichy un grand nombre de malades se soignent eux-mêmes, boivent une très grande quantité d'eau alcaline, afin de séjourner moins longtemps dans la station thermale.

M. Moutard-Martin. — On revient avec peine de la terreur des alcalins lancée par Trousseau. Si le bicarbonate de soude ne réussit pas, c'est que souvent on ne le donne pas à assez haute dose. J'ai vu guérir un assez grand nombre de dyspeptiques en leur donnant 10 à 15 grammes de bicarbonate par jour.

M. Huchard. — Il faut combattre par tous les moyens possibles l'*alcalinophobie*. Un grand nombre de malades redoutent qu'on ne les affaiblisse quand on leur présente des eaux alcalines. Ce qu'il y a à craindre à la suite du traitement de Vichy, ce n'est pas l'anémie, mais l'excitation des troubles circulatoires chez les cardiaques. L'anémie et la chlorose me semblent des indications à l'emploi des eaux de Vichy. Ce ne sont pas des eaux anémiantes, mais plutôt excitantes.

M. Huchard lit, au nom de M. Liégeois, un travail sur *un cas de guérison de vomissements spasmodiques alimentaires par des injections de morphine et d'atropine.* Ces vomissements existaient après chaque repas, depuis trois mois, chez une jeune fille de 11 ans, nerveuse. L'auteur attribuait ces vomissements à du pylorisme. Au bout d'une dizaine de jours, les injections étant faites après chaque repas (2 à 3 fois par jour), les vomissements cessèrent, mais reprirent après trois semaines. Le traitement fut réinstitué : les vomissements diminuèrent. La solution utilisée pour les injections était la suivante :

Eau de laurier cerise	20 grammes.
Morphine	20 centigr.
Atropine. . , ...	20 centigr.

M. Moutard-Martin. — Comment se fait-il qu'une enfant de 11 ans ait pu supporter, par jour, jusqu'à 3 centigr. de morphine et 3 milligr. d'atropine ? Il est vrai que les deux se contrarient.

M. Huchard. — Je suis de l'avis de M. Moutard-Martin. Je rappelle qu'il est des cas où les injections de morphine, données après ou avant le repas, empêchent les vomissements. J'ai observé ce fait chez un tuberculeux.

M. Moutard-Martin. — Je trouve que la dose de morphine de 1 centigr. avant le repas est trop forte. Chez des individus non habitués à la morphine, des doses de 3, 5, 6 milligr. sont suffisantes. Je craindrais que la dose de 1 centigr. n'entraînât plutôt des vomissements.

M. Huchard. — Dans le cas du tuberculeux dont je vous a parlé, j'ai donné, au début, 5 à 6 milligr. de morphine. La terreur des injections de morphine dans les affections rénales est illusoire, je pense. Je n'ai jamais eu d'accidents dans ces

cas, même chez des malades ayant de l'imperméabilité presque complète du rein ; je n'ai jamais vu d'intoxication morphinique. Il doit s'éliminer beaucoup de morphine par la peau.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 Avril 1890. — Présidence de M. Polaillon.

De la Kystectomie dans l'opération de la cataracte.

M. Bourgeois (de Sainte-Menehould) présente une brochure ayant trait à la kystectomie et renfermant la description d'un instrument inventé par l'auteur pour permettre, dans l'opération de la cataracte, d'enlever la totalité de la capsule, dont jusqu'ici les débris recoquevillés se retrouvaient toujours à l'autopsie des yeux ayant subi cette opération.

Discussion des méthodes de traitement électrique des fibro-myomes utérins.

M. Léon Danion part des principes suivants : 1° Dans l'application galvano-caustique telle qu'elle se pratique avec la méthode actuelle, la muqueuse utérine n'est atteinte que sur des points exigus et cependant les hémorrhagies et les symptômes fâcheux cèdent ; 2° En réduisant les ponctions à une profondeur et à un diamètre infime, c'est-à-dire en agissant à la périphérie et avec une action caustique insignifiante, on obtient des résultats plutôt supérieurs (s'ils ne déterminent pas d'accidents) qu'avec l'action intra-utérine. M. Léon Danion est arrivé à conclure que l'action intra-utérine, les ponctions et la galvano-caustique sont inutiles, et il a pris pour base d'une nouvelle méthode l'action électrique seule dégagée de tout effet caustique et appliquée à la périphérie. Les observations, dont 31 ont été prises à Saint-Louis, dans le service de M. Lucas-Championnière, démontrent, dit-il, qu'on peut obtenir, sans l'ombre d'un danger, avec la plus grande facilité, des résultats plus rapides et plus complets qu'avec les anciennes méthodes de traitement et notamment avec celle des hautes intensités galvano-caustiques intra-utérines, qu'il considère comme douloureuses et dangereuses, surtout lorsqu'on ponctionne.

M. Apostoli reprend un à un les faits énoncés par M. Danion dans la dernière séance et les réfute en citant les textes. Il examine ensuite les variations d'opinion de son contradicteur relativement à l'intensité des courants à employer contre les tumeurs fibreuses, et se base pour cela sur divers articles du journal d'électrothérapie, relatifs à cette question. Il donne les observations et les résultats des autopsies des malades qui ont succombé en cours ou à la suite de l'application de sa méthode, et prouve que leurs décès ne sont point imputables à sa méthode, mais bien à des accidents étrangers. Poursuivant la revendication de la propriété de sa méthode, il donne les dates des divers congrès auxquels il a pris part et donne lecture de certains passages de la presse médicale française et étrangère, établissant l'exactitude des faits qu'il a annoncés.

La suite de la discussion est remise à quinzaine.

Les Secr. des séances, MM. Guelpa et Lecerf.

REVUE DE PSYCHIATRIE

I. — A. Journiac. — **Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque** (valeur seméiologique). — Paris, in-8°, 1888. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

II. — P. Sérieux. — **Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel.** — Paris, in-8°, 1888. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

III. — L. F. Arnaud. — **Recherches cliniques sur la paralysie générale de l'homme.** — Paris, in-8°, 1888. O. Doin, éditeur.

I. — M. Journiac arguant, comme il y a quelques mois M. Dupain, de l'enseignement de M. Magnan, soutient que le délire n'est qu'un symptôme qui traduit le terrain mental ; en d'autres termes, selon le terrain mental caractérisé par l'attitude et l'état de la coordination des facultés, la modalité de la réaction affective, etc., un délire présentera, le texte ne faisant rien à la chose, telle ou telle constitution. Ainsi l'*hypochondrie corporelle*, cette perturbation mentale qui consiste en l'allégation par l'aliéné de maladies purement imaginaires ou l'exagération de maladies ou sensations réelles relativement insignifiantes, revêtira une allure distincte dans la dégénérescence mentale, chez les déments, dans le délire chronique, dans la mélancolie. L'hypochondrie n'est donc qu'un symptôme. Elle se montre, dans la dégénérescence mentale, à l'état de préoccupations (idées sans suite, absurdes, extravagantes), d'obsessions (avec leur cortège obligé, les angoisses) et de système : dans ce dernier cas, la rapidité de l'éclosion, l'absence de toute cause apparente, la durée indéterminée du délire sont caractéristiques. Mobile, absurde, incohérente, comme toutes les idées délirantes du paralytique général, l'hypochondrie affecte dans les démences quelconques des formes trop variées pour qu'en dehors de l'histoire du malade et de sa maladie, elle ait de valeur diagnostique. En ce qui concerne le type des persécutés de Magnan-Gérente, et la mélancolie, M. Journiac nous paraît avoir trop écourté son analyse clinique pour qu'on se rende bien compte de ce qu'il pense.

II. — M. Sérieux consacre aux *anomalies de l'Instinct sexuel* une substantielle et instructive dissertation. Elles forment, dit-il, un syndrome dont la couleur permet d'établir le diagnostic du genre de l'aliénation mentale, en mettant en éveil le clinicien attentif. Nous n'insisterons pas sur la division qui est exactement celle de la thèse de M. Dupain, moins la médecine légale. Dans le chapitre de la dégénérescence mentale (Ch. I) nous retrouvons la classification de M. Magnan, déjà publiée. En ce qui regarde les convulsifs (épileptiques et hystériques), M. Sérieux a le soin de nettement distinguer les anomalies génitales dues à l'attaque de celles qui sont intervallaires ; il précise franchement la nature des troubles de l'instinct sexuel. Il met en relief le rôle de la mélancolie, des délires organisés et de la paralysie générale ; puis il prend des conclusions conformes au développement de l'idée que nous avons consignée plus haut. Les variétés de ces anomalies sont trop connues et trop nombreuses pour que nous les reproduisions ici. Ce mémoire est une bonne synthèse, faite à la lumière de trente-neuf observations bien prises, qui résume habilement une question courante.

III. — Plusieurs points sont rajeunis par la thèse de M. Arnaud. D'abord celui de l'*extension de la paralysie générale*. D'après la statistique des entrées à Villejuif en treize mois, rapprochée de celle de Sainte-Anne de 1882 à 1886, il affirme qu'elle s'est progressivement multipliée chez l'homme, dans une classe sociale jusqu'ici moins hantée par cette affection. En même temps, l'âge moyen des paralytiques généraux s'est abaissé ; la paralysie générale s'est montrée parallèlement plus fréquente à une période de la vie où elle était jadis fort rare et s'est mise à s'attaquer plus souvent aux ouvriers. Sur 202 malades, par exemple, on la constate chez 134 individus exerçant des professions manuelles. Examinant l'une après l'autre les causes pathogénétiques, M. Arnaud déclare que la paralysie générale résulte, chez des sujets presque toujours prédisposés par l'hérédité, non pas du surmenage intellectuel, non pas même de surmenage cérébral, mais du *surmenage en général*. — C'est toujours la période moyenne de la vie qui prédomine (35 à 45 ans), mais déjà l'on voit poindre une proportion très notable de sujets jeunes (25 à 30 ans) : c'est alors l'*hérédité des tendances congestives ou cérébrales* qu'il convient d'accuser.

M. Arnaud nous rédige même dix observations de paralysie *générale précoce*, dont une, vers l'âge de 22 ans (Obs. 1) ; ici, c'est l'hérédité qui, de concert avec les excès alcooliques ou avec des excès de travail, est particulièrement coupable ; la syphilis et l'insolation sont aussi à mentionner ; les deux tiers de ces faits concernent la démence paralytique primitive dépressive. Le plus âgé des malades de cette série avait 32 ans. Par contraste, l'auteur a voulu nous donner cinq observations de *paralysie générale tardive*, c'est-à-dire après cinquante-cinq ans, dont deux chez des sujets de 64 et 67 ans. Malheureusement ces observations sont loin d'être bien prises.

(A suivre.) P. Keraval.

THÉRAPEUTIQUE

La médication reconstituante dans les convalescences et les états généraux anémiques.

La question de la convalescence a été l'objet d'un certain nombre de travaux en ces derniers temps. La principale raison de ces études a été déterminée par les états de langueur, d'anémie et de débilité organique qu'avait laissés à sa suite l'épidémie d'influenza qui vient d'éprouver tous les pays de l'Europe.

M. Smith en Angleterre, Friedricht en Allemagne, et en France nos professeurs G. Sée, Jaccoud, A. Robin, ont tour à tour parlé de la nécessité de tonifier les convalescents par des substances d'épargne, par des stimulants cardiaques et nerveux. Tous les maîtres ont désigné, parmi ces substances, le coca, la caféine et la théobromine comme les plus capables de relever les forces, de soulager les fonctions du cœur, et de donner aux systèmes nerveux et musculaire une plus grande résistance à la fatigue, et il n'est plus aujourd'hui de médecin qui ne s'incline devant les expériences rigoureuses qui ont été faites à ce sujet dans les hôpitaux et les cliniques urbaines.

La caféine, principe actif du thé, du café, du maté, du *paullinia* et du *sterculia kola*, se présente sous la forme d'aiguilles soyeuses enchevêtrées qui lui donnent l'aspect d'une mousse d'amiante. Sa saveur est amère. Absorbée par voie stomacale ou hypodermique, nous l'avons vu tous imprimer au muscle cardiaque une vigueur remarquable qui nous l'a fait préférer en maintes occasions à la digitale, plus difficile à manier. La caféine est donc entrée dans la thérapeutique moderne comme un médicament de premier ordre.

Le *coca du Pérou*, cette plante réputée divine parmi les indigènes, parce qu'avec elle seule on paraissait pouvoir se suffire, le coca ne pouvait manquer de s'imposer aux médecins soucieux de procurer aux malades des aliments *antidéperditeurs* : c'est pour cela que les préparations de coca ont depuis longtemps obtenu un réel succès.

La *théobromine*, enfin, principe actif du cacao, méritait une place spéciale dans ce genre de produits éminemment toniques, et quelques médecins anglais avaient même basé sur lui seul une série de formules réputées souveraines dans les cas de faiblesse constitutionnelle.

L'association de ces trois substances était l'idéal, mais elle présentait de grandes difficultés pratiques. De nombreux essais ont été faits devant nous ; une expérimentation bien conduite vient d'avoir raison des détails chimico-pharmaceutiques épineux, et c'est avec une réelle satisfaction que nous parlons aujourd'hui d'une préparation destinée à donner au médecin toute garantie et toute sécurité, quand il se trouve en présence de ces états d'atonie, plus ou moins accompagnés de fièvre vespérale, de transpirations suspectes, de couleurs pâles, de faiblesse générale sans lésion manifeste d'organes.

L'amertume de ces substances exigeait un choix délicat dans le véhicule qui devait les faire accepter par les personnes difficiles : nous croyons que toutes ces difficultés sont vaincues, et nous félicitons sincèrement M. Raoul Bravais, le chimiste distingué qui nous a donné son *fer dialysé*, de nous procurer aujourd'hui son vin. Dr Grimaldi.

Association pyrénéenne. — *Congrès de Narbonne.* — Un Congrès international pour le peuple latin aura lieu à Narbonne vers le milieu de mai, sous la présidence de M. A. Gautier, de l'Institut. La réunion aura pour but, de même que les excursions, d'étudier les questions locales ou régionales relatives aux objets qui constituent la base des connaissances actives de l'association : *géographie, histoire, anthropologie, ethnographie, archéologie, philologie, littérature, art, alpinisme, géologie, paléontologie, botanique, zoologie, hydrologie et médecine, météorologie et climatologie, agriculture et questions d'intérêts locaux ou régionaux, toujours dans le domaine pyrénéen.* Pour les inscriptions comme membre du Congrès de Narbonne, s'adresser surtout à M. Boudeau, trésorier du comité local d'organisation du Congrès, à la mairie de Narbonne. — Envoyer en même temps que la demande d'inscription la cotisation de quinze francs.

BIBLIOGRAPHIE

Catalogue des moulages coloriés du Musée de l'hôpital Saint-Louis ; par H. Feulard. — Steinheil, Paris.

M. Feulard, chef de clinique à la Faculté, vient de publier un catalogue des richesses sans nombre renfermées dans le beau musée de l'hôpital Saint-Louis. Il a fait là un travail très méritoire, très soigné, qui a dû lui demander beaucoup de travail. Il en est amplement récompensé déjà par la satisfaction d'avoir ainsi rendu un grand service à tous les dermatologistes. Tous ceux qui s'occupent des maladies de la peau et de syphilis devront se procurer ce petit ouvrage qui est, pour ainsi dire, le catalogue des œuvres de l'éminent artiste, M. Baretta. Récemment on décorait Chéret, le créateur des affiches artistiques ; il n'y a pas longtemps non plus que M. Baretta a été jugé digne d'une telle distinction. Nous en sommes personnellement très heureux, car le mouleur si plein d'originalité de l'hôpital Saint-Louis a réuni là une collection sans pareille. Nous en avons parlé ailleurs, dans le *Guide médical à l'Exposition* ; on nous pardonnera donc de ne pas insister à nouveau. Les chirurgiens, guidés par ce catalogue, pourront aussi visiter avec fruit, à Saint-Louis, les moulages chirurgicaux de la collection Péan. On ne peut que féliciter l'auteur d'avoir mené à bien une tâche aussi ingrate. M. B.

Etudes de pratique médicale sur le diabète sucré ; par le Dr Sénac, médecin à Vichy. — Paris, 1889, Asselin et Houzeau, éditeurs.

Ce mémoire, fort intéressant et riche de remarques utiles et pratiques, est le troisième d'une série consacrée à l'étude de la diathèse arthritique, que M. Sénac appelle *diathèse congestive.* Nul n'était mieux placé que le médecin de Vichy pour nous renseigner sur les modalités cliniques de cette diathèse protéiforme. Son étude sur le diabète sucré est marquée au coin du meilleur esprit médical ; elle s'inspire, à chaque page, d'une observation déjà ancienne des malades sans négliger la critique des travaux et des théories antérieurs. La définition du diabète sucré mérite d'être retenue : le diabète n'est pas contenu tout entier dans la glycosurie ; ce n'est là qu'un symptôme révélateur, la maladie est ailleurs ; elle est dans l'organisme tout entier, elle est l'expression d'un tempérament morbide, d'une diathèse. Les formes du diabète se réduisent à deux principales : 1° le diabète aiguë, rapide, maigre, qui s'observe chez les jeunes sujets et ne guérit jamais ; 2° le diabète chronique, lent, gras, qui est curable dans une certaine mesure. Le traitement est indiqué dans ses grandes lignes, et tout en respectant les bases posées par Bouchardat, il garde cependant le cachet d'originalité que M. Sénac a imprimé à son œuvre. J. C.

Les actes de l'état civil. Etude médico-légale de la naissance, du mariage, de la mort ; par le Dr Lacassagne.

Ce petit livre forme le premier volume d'une bibliothèque scientifique de l'avocat et du magistrat, fondée dans le but de fournir à ces derniers les notions indispensables en médecine légale, en aliénation mentale, etc., pour juger avec plus de connaissance de cause qu'ils ne font souvent. La première condition pour un livre de cette sorte est donc avant tout d'être très précis, très clair, de donner avant tout les faits incontestés, et de montrer dans ceux qui ne sont pas encore établis d'une manière certaine qu'il ne faut ni les admettre, ni les rejeter de parti pris, même sur la foi des auteurs les plus compétents. Le livre du professeur Lacassagne répond parfaitement à ces desiderata. Des résumés historiques très nets à propos de chaque question, en rendent la lecture encore plus attrayante. Disons enfin que, bien que destiné spécialement aux magistrats, il n'en est pas moins intéressant à lire pour les médecins, qui y trouveront de leur côté certaines notions de jurisprudence fort utiles à connaître.

Hôpitaux de Paris. — *Hospice de Bicêtre.* — Un concert a eu lieu la semaine dernière à Bicêtre. M. Darthenay y avait transporté son théâtre de marionnettes dans le but de donner une représentation aux enfants de la 4e section. Une partie des petites filles de la Fondation Vallée assistait également à la représentation.

RECUEIL DE FAITS.

Trois cas de chirurgie cérébrale (*fin*) (1).

2e Cas. — *Simple fracture déprimée du crâne, suivie, au bout de 4 mois, d'épilepsie. La trépanation fut pratiquée 13 mois plus tard et le tissu cérébral lésé enlevé. Guérison opératoire au bout de 7 jours ; guérison de l'épilepsie.*

D.-B. L.... 25 ans, ingénieur civil ; taille 1 m. 80. A eu les maladies habituelles de l'enfance, excepté la scarlatine. A 17 ans, après une course rapide, il fut pris de vertige et de céphalalgie violente non localisée. Cette céphalalgie se reproduisit une ou deux fois par mois ; elle était annoncée par des élancements dans les yeux et par des vagues et un bouillonnement passager de l'air devant les deux yeux.

En novembre 1886, chute d'une hauteur de 2 m. 75 ; la face fut égratignée, énorme coup sur le côté droit de la tête, pas de lésion du cuir chevelu, perte de connaissance. Une semaine après, perte de sensibilité des trois derniers doigts de la main gauche (doigt mort), impossibilité de boutonner le col de sa chemise, pas de paralysie.

En mars 1887, évanouissement subit dans la rue, perte de connaissance. En reprenant ses sens, quelques minutes après, paralysie de la main gauche et de l'avant-bras seulement, n'ayant duré que quelques minutes.

En juin 1887, étourdissement en écrivant, n'ayant duré que très peu de temps.

En septembre 1887, fréquents étourdissements, crise pendant laquelle ses yeux étaient d'abord ouverts et fixes, la tête fut secouée d'un côté et d'autre, grands mouvements convulsifs et généralisés, rigidité considérable du corps, celui-ci se tournait en tire-bouchon ; la face était tournée en bas et frappait le plancher avec le front ; écume à la bouche ; perte de la mémoire pendant quelques instants ; pas de paralysie des mains ; les deux yeux furent pendant 3 ou 4 jours « rouges comme de la flanelle ». L'attaque fut précédée de battements de cœur et d'un grand bruit dans les oreilles. Une heure ou deux après l'accès, le malade reprit son travail à son bureau. Bromure de potassium jusqu'au 25 février 1888, où il fut suspendu à cause de l'acné.

Depuis le 1er *mars* 1888, le malade eut de fréquents accès, plusieurs le même jour.

Le 8 *avril*, après lui avoir rasé la tête, on aperçut deux petites cicatrices d'ancienne date. De plus, à 15 millim. derrière le sommet de la protubérance pariétale droite, et au sommet de la protubérance, était un sillon peu profond dirigé en haut et en avant. Ce sillon avait 6 cent. de longueur et 12 millim. de largeur. Son extrémité n'était pas nettement marquée ; son centre était à 72 millim. à droite de la ligne médiane. [L'extrémité de ce sillon allait se terminer juste en face de la ligne bi-auriculaire et juste en avant de la scissure de Rolando. La partie antérieure de ce sillon recouvrait exactement la circonvolution frontale ascendante, croisait toute la circonvolution pariétale ascendante et sa partie postérieure était au-dessus du lobe pariétal inférieur. Le cuir chevelu ne présentait aucune lésion.

Phénomène du genou normal. Sensibilité normale et égale des deux côtés. Réactions électriques par un courant faradique normales. Vision et champs visuels normaux.

Diagnostic. — Epilepsie traumautique avec fracture déprimée du crâne, probablement fragment d'os brisé de la table interne ; kyste possible du cerveau ; à coup sûr changements traumatiques du cerveau ; envahissement du centre de la main gauche et du gyrus supra-marginal.

Opération le 12 *avril* 1888. — Le malade ayant été préalablement préparé comme celui du Cas I, je lui fis prendre 4 grammes d'extrait fluide d'ergot de seigle, une demi-heure avant l'opération, pour contracter les vaisseaux du cerveau. Je ne lui donnai pas de morphine, le malade m'ayant dit qu'il ne la supportait pas du tout ; j'employai l'éther. Incision en fer à cheval de 7 ou 8 centimètres, s'étendant au delà des limites de la dépression et à convexité dirigée en arrière. Hémorrhagie admirablement arrêtée avec une bande plate du bandage ordinaire d'Esmarch. Ligature de 3 artérioles du cuir chevelu, pas plus de 15 grammes de sang de perdu. Dès que le cuir chevelu fut enlevé, on vit une entaille fine de 1 mill. 5 de profondeur sur le crâne, indiquant très clairement une ancienne fracture de l'os. Couronne de trépan de 38 millim. sur le milieu de la dépression. Le disque osseux fut immédiatement placé dans une solution de bichlorure à 1/2000, constamment maintenue au bain-marie à la température de 40°5. Je n'eus pas besoin d'enlever la dure-mère. La surface interne de l'os présentait une crête correspondant à l'ancienne fracture. Pas de hernie du cerveau, que l'on voyait battre régulièrement. La dure-mère, sur une ligne correspondant à la fracture, était de couleur sombre et épaissie ; on aurait dit qu'une large veine ou un sinus veineux courait au-dessous. Une petite ouverture fut pratiquée dans la dure-mère et, au moyen d'un stylet, je constatai qu'elle adhérait très distinctement au cerveau au-dessous et au delà des limites de l'ouverture. J'élargis l'ouverture osseuse de 19 millim. en arrière et de 12 millim. en avant ; l'ouverture mesura ainsi 82 mill. 5 de longueur et 12 millim. de largeur. Incision de la dure-mère, ablation de la partie adhérente au cerveau, ainsi que de la portion du cerveau qui était intimement liée avec elle ; cette portion de substance cérébrale était jaune brun au-dessous du sillon ; sa consistance était normale, excepté à son extrémité postérieure indurée. Au centre de cette partie indurée, kyste de

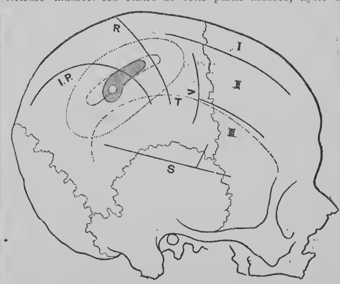


Fig. 69. — Diagramme du crâne montrant la situation exacte de la fracture. S, scissure de Sylvius ; R, sillon de Rolando ; IP, scissure interpariétale ; V, sillon vertical ou précentral ; T, crête du temporal ; I, II, III, les trois circonvolutions frontales. La ligne *ponctuée* représente l'ouverture du crâne ; la *ligne ovale*, interrompue, le sillon sur le crâne. La *ponctuée ombrée* représente la portion excisée ; le *cercle* représente le kyste.

6 millim. de diamètre renfermant une matière analogue à du sérum.

Légères hémorrhagies du cerveau promptement arrêtées avec une solution de cocaïne, ligature au catgut de trois vaisseaux seulement. La substance cérébrale était si aplatie au-dessous du sillon qu'il fut impossible de distinguer les circonvolutions les unes des autres. Excision de la substance cérébrale dont la couleur était altérée sur une profondeur de 8 et 16 mill. équivalant à peu près à une cuillerée à café ; pendant cette opération le malade bâilla deux fois en contractant les deux côtés de la face, surtout le droit, ouvrit les yeux, les roula lentement ; légère strabisme externe des deux yeux, pupilles légèrement dilatées et égales, pas de déviation conjugée (Voir *Fig.* 69).

Pendant tout le temps que dura l'excision, aucun mouvement du côté G. mais un ou deux mouvements dont le malade eut conscience du bras D. et des deux jambes, surtout de la jambe D. A la surface interne de la dure-mère était une esquille osseuse de 6 mill. ; elle tenait par un bout à la surface osseuse, et était fixée par l'autre bout dans la substance cérébrale ; on ne put se rendre compte si elle avait quelque relation avec le kyste, mais le fait est très probable. Le disque osseux enlevé fut mis en place et maintenu avec une suture de catgut ; la plaie fut suturée au catgut, drain à la partie postérieure, épais pansement au chlorure. L'opération dura une heure et demie. La respiration et la circulation ayant été très faibles pendant toute l'opération, on lui fit de nombreuses injections d'alcool dans l'avant-bras. La main G. fut manifestement paralysée immédiatement après l'opération ; cette paralysie diminua rapidement. Les suites furent très bonnes : le 7e jour la plaie était complètement cicatrisée ; la motilité des doigts de la main G. était parfaite, la sensibilité était affaiblie au milieu de l'avant-bras et sur le 3e et le 4e doigts ; le disque osseux n'adhérait pas encore au crâne, mais adhérait fortement au cuir chevelu. Pas de céphalées ou de troubles mentaux ; quelques crises d'épilepsie les premiers jours après l'opération, la dernière date du 14 avril ; disparition du «doigt mort» au toucher dans les trois derniers doigts. Lorsque le malade veut serrer la point G. l'index est pris de contractions très marquées.

Examen du tissu cérébral enlevé. — Le fragment de dure-

(1) Communication de W. Keen, fait au *Congrès de Washington*, le 5 sepsembre 1888. (Extrait et analysé de l'*American Jovrnal of the Med. sciences*, octobre et nov. 1888). — Voir *Prog. méd.*, n° 14.

mère enlevé, à contours irréguliers, mesurait 4 cent. de long sur 25 mill. de larg; il était divisé en deux parties inégales par une ligne courbe sur son grand axe. Cette ligne était marquée par du tissu connectif lâche à sa surface externe, ressemblant à un vaisseau méningé. A l'une de ses extrémités, petit spicule poli d'os adhérant à la membrane; épaississement fibroïde à sa surface interne correspondant assez bien à du tissu cicatriciel. Vaste hémorrhagie périvasculaire et interstitielle ainsi que dans les espaces arachnoïdiens. Le fragment de substance cérébrale mesurait 33 mill. de long, 20 mill. de largeur et 13 mill. d'épaisseur maximum. Surface inégale et décolorée, ne présentant pas une surface corticale normale. La petite cavité paraît être la place d'un ancien kyste oblitéré par l'endurcissement; l'examen microscopique démontre la destruction en masse du tissu cérébral. Toutes ces altérations sont le résultat d'un méningo-encéphalite chronique d'origine traumatique.

Réflexions. — Le malade aurait dû être trépané *immédiatement après l'accident,* car il eut la chance d'échapper à une méningo-encéphalite aiguë. Le lendemain de l'accident, le malade, homme fort intelligent, examina les deux côtés de sa tête en tapant dessus. Il observa distinctement « un bruit de pot fêlé » du côté de la blessure. Ce bruit était-il perceptible par le malade seul? le médecin eût-il pu le percevoir, nous l'ignorons. « La percussion du crâne » employée de concert avec le stéthoscope pourra, dans les fractures ou fissures, rendre les plus grands services. Le siège de la blessure était exactement situé au-dessus du centre de la main dans la pariétale ascendante et au-dessus du lobule pariétal inférieur. L'histoire clinique des premiers accidents montre que ce centre était intéressé; les résultats de l'opération confirmèrent positivement le fait. La récupération prompte de ces mouvements fut probablement due au fait que la « compensation » s'effectua de bonne heure après l'accident, et qu'on enleva du tissu cérébral malade et non du tissu sain. La lésion du lobule pariétal inférieur et l'ablation consécutive du tissu dégénéré doit avoir un rapport intime avec le symptôme « de la pupille mono-oculaire d'Argyll-Robertson » que l'on remarqua après l'opération; l'iris D. répondant *séparément* à la lumière, comme le G., malgré l'excision d'une portion du cortex et du tissu sub-cortical de cette portion du cerveau. — Cette observation me paraît avoir une grande valeur pour la détermination ultérieure et la localisation plus précise du centre des interruptions de l'acte réflexe lumineux.

3e Cas. — *Epilepsie d'origine incertaine; attaques commençant dans la main G. Excision du centre cérébral du poignet et de la main G., guérison au bout de 8 jours. Epilepsie améliorée.*

W. B., 20 ans, employé de magasin, a eu les maladies habituelles de l'enfance, excepté la rougeole; convulsions à l'âge de 3 ans, pendant 6 heures, à la suite d'une indigestion (?). Rien depuis.

Chute à l'âge de 13 ans, la tête frappa sur un fourneau ; pas de détails sur l'accident, blessure ou meurtrissure (?); accès d'épilepsie consécutifs, toujours précédés d'étourdissements, les convulsions commencent invariablement par le bras G. et les doigts, les convulsions s'étendent ensuite à la jambe G., puis à la D., enfin à la face; quelquefois elles se généralisent; elles durent deux ou trois minutes.

23 *août* 1888. — La tête une fois rasée, on aperçut deux petites cicatrices, une récente, l'autre ancienne. La cicatrice ancienne consistait en un sillon situé sur la tempe D., au-dessus du muscle temporal, à 6 millimètres à D. de la ligne médiane, à 21 millimètres en face de la ligne bi-auriculaire, se terminant en dessous à 6 millimètres de la ligne bi-auriculaire, à 43 millimètres au-dessus de l'œsophage zygomatique et à 36 millimètres en arrière du poumon augulaire externe.

Examen des yeux. — Vision directe de formes normale pour chaque œil en particulier; champs visuels réduits de plus de 1/3 des aires moyennes, surtout à D., fond de l'œil portant les changements caractéristiques des épileptiques qui ont de fréquents accès, rétinite chronique légère.

Opération exploratrice le 30 avril 1888 ; résultats négatifs ; rien de particulier sur les os du crane au niveau des cicatrices. Les accès augmentant de fréquence et commençant toujours invariablement par la main G.; je me décidai à exciser le centre de la main et du poignet.

Opération le 30 mai 1888. Détermination de la topographie cérébrale sur le cuir chevelu, d'après les données scientifiques ; trépanation au niveau de la partie médiane du sillon de Rolando ; dans le but de déterminer le siège du centre de la main, une batterie électrique fut employée. Le centre cherché ayant été parfaitement déterminé au moyen du courant électrique, je l'excisai verticalement en haut et en bas avec le bistouri; lorsqu'au moyen d'excitations électriques je fus bien certain que le centre de la main avait été complètement enlevé, je procédai au pansement de la plaie selon l'usage habituel (Voir *Fig.* 70).

Immédiatement après que le malade fut remis sur son lit, il eut un violent accès d'épilepsie limité aux membres inférieurs. Il n'y eut aucun mouvement de la main G. ou de la face. La main G. et le poignet furent complètement paralysés ; le coude était parésié ; l'épaule et la face n'étaient nullement atteints ; fréquents accès d'épilepsie les jours suivants. Les suites de l'opération furent normales; le 7e jour le malade put se lever. Les accès d'épilepsie,

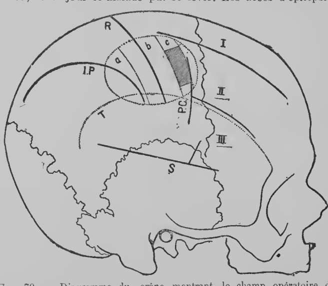


Fig. 70. — Diagramme du crâne montrant le champ opératoire du centre de la main. — S, scissure de Sylvius ; R, sillon de Rolando ; IP, scissure inter-pariétale ; PC, sillon précentral ; T, crête du temporel ; I. II, III, les trois circonvolutions frontales. La *ligne ponctuée* représente l'ouverture du crâne ; *a b c*, sont les trois circonvolutions qui apparurent les premières à l'ouverture du crâne. La *partie ombrée* représente le tissu excisé.

autrefois très fréquents et très violents, ont beaucoup diminué, ils ne surviennent plus qu'une ou deux fois tous les 4 ou 5 jours et ne durent que quelques secondes; ce sont des accès de *petit mal* (1); il n'y a plus de mouvements convulsifs; l'état mental est beaucoup plus satisfaisant; le malade est beaucoup plus gai, plus communicatif, moins triste qu'avant l'opération. En juillet 1888, les mouvements commencent à revenir dans la main G., il y a tout lieu de croire que par « compensation » ils reviendront tout à fait, par l'intermédiaire du centre de la main D.

Grâce aux travaux de vivisection et à l'antisepsie, la chirurgie cérébrale a, dans ces dernières années, remporté des triomphes extraordinaires, tout comme la chirurgie abdominal. C'est ce que, pour notre part, nous avons essayé de démontrer en rapportant ces 3 cas. (*Traduction* par Dr Rolland).

(1) En français dans le texte.

Dixième Congrès international de Berlin. — *Programme provisoire des travaux de la section d'Obstétrique et de Gynécologie.* — 1° L'antisepsie en obstétrique. Rapporteur : Galabin, Londres. Co-rapporteurs : Stadfeldt, Copenhague ; Slavijanski, St-Pétersbourg ; Fritsch, Breslau. — 2° L'accouchement prématuré artificiel, ses indications et méthodes. Rapporteur : Th. Parvin, Philadelphie. Co-rapporteurs : Calderini, Parme ; Macan, Dublin ; Dohrn, Königsberg. — 3° L'hystérectomie vaginale. Rapporteur : Williams, Londres. Co-rapporteurs : Pozzi, Paris ; Schauta, Prague ; Olshausen, Berlin. — 4° L'électrolyse des myomes. Rapporteur : Apostoli, Paris. Co-rapporteurs : Th. Keith, Londres ; Eph. Cutter, New-York ; Zweifel, Leipzig.

Congrès pour l'étude de la Tuberculose. — Le comité permanent du Congrès de la Tuberculose a décidé que la seconde session aurait lieu à Paris, à la fin du mois de juillet 1891. Les personnes qui auraient un travail sur un point de la tuberculose, en dehors des questions posées par le congrès, et qui désireraient le faire paraître, avant l'année prochaine, sont informées que le recueil que dirige M. Verneuil : « Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose » est à leur disposition.

VARIA

Congrès des Sociétés savantes.

Section des Sciences.

Le Congrès s'ouvrira le 27 mai 1890, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Berthelot.

Questions à l'ordre du jour : 1° Etude du mistral. 2° Tremblements de terre. 3° Recherches sur la présence de la vapeur d'eau dans l'air, par les observations astronomiques et spectroscopiques. 4° Comparaison des climats des différentes régions de la France. 5° Des causes qui semblent présider à la diminution générale des eaux dans le nord de l'Afrique et à un changement de climat. 6° Etudes relatives à l'aérostation. 7° Etude détaillée de la faune fluviatile de la France. Indiquer les espèces sédentaires ou voyageuses et, dans ce dernier cas, les dates de leur arrivée et de leur départ. Noter aussi l'époque de la ponte. Influence de la composition de l'eau. 8° Etudier, au point de vue de la pisciculture, la faune des animaux invertébrés et les plantes qui se trouvent dans les eaux. 9° Etudier les époques et le mode d'apparition des différentes espèces de poissons sur nos côtes. Etudes de la montée de l'anguille. 10° Etude de l'apparition des Cétacés sur les côtes de France. Indiquer l'époque et la durée de leur séjour. 11° Etude des migrations des oiseaux. Indiquer l'itinéraire, les dates d'arrivée et de départ des espèces de la faune française. Signaler les espèces sédentaires et dont la présence est accidentelle. 12° Etude des insectes qui attaquent les substances alimentaires. 13° Comparaison des espèces de Vertébrés de l'époque quaternaire avec les espèces similaires de l'époque actuelle. 14° Fixer, pour les localités bien déterminées de la région des Alpes et des Pyrénées, la limite supérieure actuelle de la végétation des espèces spontanées ou cultivées ; étudier les variations qu'elle a subies à différentes époques. 15° Etude des phénomènes périodiques de la végétation ; date du bourgeonnement, de la floraison et de la maturité. Coïncidence de ces époques avec celles de l'apparition des principales espèces d'insectes nuisibles à l'agriculture. 16° Comparaison de la flore de nos départements méridionaux avec la flore algérienne. 17° Etude des arbres à quinquina, à caoutchouc et à gutta-percha, et de leurs succédanés. Quelles sont les conditions propres à leur culture ? De leur introduction dans nos colonies. 18° L'âge du creusement des vallées dans les diverses régions de la France. 19° Faire la statistique détaillée des grottes, abris sous roches et terrains d'alluvion où ont été découverts des ossements humains et des restes d'industries remontant à l'époque quaternaire, soit pour la France entière, soit pour une ou plusieurs de ses principales régions ; préciser la nature des objets et indiquer les principaux fossiles qui leur étaient associés. 20° Dresser la carte détaillée des monuments mégalithiques et des sépultures néolithiques pour une de nos principales régions, en l'accompagnant d'un texte explicatif. 21° Rechercher dans le plus grand nombre possible de têtes osseuses néolithiques, celles qui reproduisent à des degrés divers les caractères de l'époque précédente ; signaler les faits de fusion et juxtaposition de caractères qu'elles peuvent présenter. 22° Préciser, surtout par l'étude des têtes osseuses, le type ou les types nouveaux venus, dans une région déterminée, aux époques de la pierre polie, du cuivre, du bronze et du fer. 23° Déterminer les éléments ethniques dont le mélange a donné naissance à une de nos époques actuelles. 24° Etudier et décrire avec détail quelqu'une de nos populations que l'on peut regarder comme ayant été le moins atteinte par les mélanges ethniques. Rechercher et décrire les îlots de population spéciale et distincte qui existent sur divers points de notre territoire. 25° Rechercher l'influence que peut exercer sur la taille et les autres caractères physiques des populations la nature des *terrains calcaires et terrains primitifs*.

Des effets produits sur la femme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré d'ovaires d'animaux ; par M. Brown-Séquard. (Extrait des *Archives de Physiologie*, avril 1890, n° 2, p. 456)

L'appel aux doctoresses fait par M. Brown-Séquard, pour pratiquer des injections de liquide ovarien chez la plus belle moitié du genre humain, a été entendu.

Une sage-femme de Paris aurait fait avec profit, sur elle-même, des injections d'un liquide retiré d'ovaires de cobayes. M. le docteur Villeneuve, de Marseille (1), a répété ces expériences chez deux femmes, mais il n'a eu de suite que dans un cas d'ovaro-salpingite laparotomisée (Salpingoophorectomie double).

Mme le Dr Augusta Brown R. M. P. a fait de son côté des recherches sur un grand nombre de femmes, avec des ovaires de lapines stérilisés. Chez une très vieille dame, qui avait perdu une très belle voix, les injections ont fait « revenir la puissance du larynx ». Chez une autre, atteinte de prolapsus uterin, on a fait des applications de suc ovarique « sur l'utérus » ; les résultats ont été aussi favorables.

(1) *Marseille Médical*, 30 août 1889.

La Médecine au Conseil général de la Seine.

Les malades de la banlieue. — M. Strauss, au nom de la commission de l'Assistance publique, demande au Conseil municipal de Paris de fixer à 2 francs par malade et par jour la participation du département de la Seine et des communes suburbaines dans les frais de séjour des malades dans les hôpitaux de Paris et de la banlieue. Les conseillers généraux de la banlieue réclament, mais M. Desprès a réfuté leurs arguments.

Les enfants moralement abandonnés. — Le service des enfants assistés ne prend les enfants qu'à un âge inférieur à douze ans. Pour les jeunes gens un peu plus âgés il n'existait autrefois aucune institution qui pût les ramener dans la voie du bien, alors que leurs instincts vicieux ou les mauvais exemples de leur famille les poussaient à l'inconduite. Le Conseil général a été ainsi amené à créer le service des enfants moralement abandonnés à qui la loi du 24 juillet dernier a donné une existence légale. Le service a commencé à fonctionner en 1881. Depuis, il a recueilli 3,000 enfants et dès les années 1878 et 1879, qui ont précédé la création de l'institution, 2,285 enfants furent arrêtés pour vagabondage. Le conseil, à ce propos, décide qu'une maison d'attente sera créée à Paris et que l'Ecole de réforme d'Yseure sera transportée à Paris.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 14. — Dissection : MM. Farabeuf, Segond, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Delens, Jalaguier, Poirier. — (2e *Série*): MM. Marc Sée, Kirmisson, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Straus, Rendu, Letulle.

Mardi 15. — Dissection : MM. Lefort, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Rémy, Bar. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot. — (2e *Série*) : MM. Proust, Debove, Hallopeau. - (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Campenon, Brun. — (2e *Série*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e partie) : MM. G. Sée, Ballet, Quinquaud.

Mercredi 16. — Dissection : : MM. Farabeuf, Poirier, Tuffier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Ricard. — (2e *Série*) : MM. Delens, Rendu, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Déjerine; Chantemesse. — (2e *Série*). — MM. Potain, A. Robin, Letulle. — (3e *Série*) : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard.

Jeudi 17. — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lefort, Bar, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Fauconnier.

Vendredi 18. — Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Segond, Netter. — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Delens, Ricard. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Straus, A. Robin, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, Déjerine, — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Kirmisson. Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Rendu, Chauffard.

Samedi 19. — Dissection : MM. Duplay, Schwartz, Nélaton. — — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) : MM. Cornil, Remy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Brun, Poirier. — (2e partie : MM. Peter, Hallopeau, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Polaillon, Bar. — (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. B[illegible]es. Disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humerus. — M. Le Marc'hadour. Traitement du pied bot par la tarsotomie. — M. Baboun. Manifestations pleurales de la grippe. — *Jeudi* 17. — M. Barazer. De la mort dans la paralysie générale. — M. Miropolsky. Traitement de l'arthrite blennorhagique par le cataplasme de Trousseau, — M. Malapert du Peux. Le lait et le régime lacté. — Mme Miropolsky. La grippe à Paris et dans les hopitaux en 1889-1890. — M. F[illegible]ssillon. Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans les sinus et les cavités de la

face. — M. Tardivel. Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. — Mlle Ida Levine. Allaitement artificiel. — M. Trintignan. De l'œdème hystérique.

Enseignement médical libre.

Cours de Psychologie expérimentale. — M. Jules SOURY, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (Sorbonne), traitera, à partir du 14 avril, à 4 h. 1/2, de l'*audition colorée* et des autres *synesthésies* ; le vendredi, à la même heure, il étudiera les plus récents travaux allemands sur la *psychologie des Protistes.*

NÉCROLOGIE.

M. le Pr Ed. HÉBERT (Paris).

Ancien élève du Pr HÉBERT, no us tenons à rappeler à nos lecteurs, dont un grand nombre s'intéressent aux sciences biologiques, quel rôle joua à la Sorbonne le savant que la Faculté des sciences de Paris vient de perdre à l'âge de 77 ans 1/2.

Né à Villefargeon (Yonne), le 12 juin 1812, Edmond Hébert fit ses études au collège d'Auxerre et entra en 1883 à l'Ecole normale supérieure dans la section des sciences. A sa sortie, il y exerça successivement les fonctions de préparateur de chimie et de répétiteur de physique; puis il passa aux collections comme conservateur. Nommé ensuite sous-directeur des études, il devint en 1852 directeur des études scientifiques et maître de conférences de géologie. Le 5 mars 1857, il fut appelé à la chaire de géologie de la Sorbonne, qu'il a occupé jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant plus de 30 ans. Le 19 mars 1877, M. Hébert avait été élu membre de l'Institut, dans la section de minéralogie de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Ch. Ste-Claire Deville. Il était doyen honoraire de la Faculté des sciences de Paris depuis quelques années.

Hébert fut un géologue consciencieux, un travailleur très méthodique et acharné, qui ne dut sa situation qu'à un labeur constant. C'était le type du savant universitaire. Toutefois, il n'avait rien de ce qui fait le professeur rêvé; il parlait avec une grande difficulté et d'une façon très-confuse. Ses cours, très nourris et très intéressants en raison des vues spéciales du savant, étaient très fatigants, mais absolument indispensables à suivre pour les candidats à la licence ès sciences naturelles, car Hébert n'a pas publié d'ouvrage didactique important. Aux examens de licence, il était impitoyable pour ceux qui n'avaient pas eu le bonheur d'avoir assisté à ses leçons. Confiné dans ses recherches personnelles, quoiqu'il eût fait dans sa jeunesse quelques voyages à l'étranger, il ne semblait point, dans ses cours, être au courant de ce qui se passait autre part que chez nous. Atteint par la limite d'âge, il resta quand même à la Sorbonne; et, adversaire résolu des théories modernes, il se trouva bientôt égaré trop vieux dans un monde trop jeune. Mais, plus respectueux des préjugés et des traditions que leurs collègues de la rue de l'Ecole de Médecine, les étudiants de la Sorbonne, toujours corrects, ne témoignèrent jamais — il faut leur rendre cette justice — à leur vénéré maître que leur plus profonde admiration pour son savoir et son caractère.

Si M. Hébert ne fut pas le professeur idéal, il n'en laisse pas moins comme savant un bagage avec raison très estimé. Ses premières publications remontent à 1845. Stratigraphe enthousiaste et habile, dans sa jeunesse ardent à la course, il sut plus tard s'attacher un paléontologiste et un conchyologiste des plus distingués, et mener à bien une foule de recherches extrêmement précieuses. S'il s'arrêta aux détails plutôt qu'aux grandes lignes de la science qu'il cultiva,, c'est qu'il avait compris que les faits seuls augmentent le domaine de nos connaissances ; en procédant ainsi, il a réussi à élucider plus d'un point obscur. Il défendit cependant sans relâche la théorie des *causes actuelles.*

A part une foule de notes insérées dans les *Bull. de la Soc. géol. de France*, dans ceux de l'*Acad. royale de Belgique*, les *C. R. de l'Acad. des sciences*, etc., on lui doit un travail sur les *oscillations de l'écorce terrestre* et un mémoire sur *les mers anciennes et leurs rivages dans le bassin de Paris.* Les travaux de Hébert ont surtout porté sur le *tertiaire* et le *secondaire* du bassin de Paris qu'il connaissait à fond. Mentionnons aussi ses recherches sur le *Massif normano-breton* et sa création originale du terrain *Archéen*, pour laquelle il combattait encore il y a quelques mois à l'Institut.

Marcel BAUDOUIN.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal publié à Barcelone et intitulé : *Archivos internacionales de Laringologia, Otologia, Rinologia* ; il est dirigé par M. le Dr Ricardo Botey, professeur libre à Barcelone. Les correspondants français sont MM. les Drs de Saint-Hilaire (Paris), Calmettes (Paris), Natier (Paris), Noquet (Lille), Chavazac (Toulouse). Le premier numéro du journal espagnol contient un article en français.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 mars 1890 au samedi 5 avril 1890, les naissances ont été au nombre de 1151 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 425 ; illégitimes, 178, Total, 603. — *Sexe féminin :* légitimes, 407 ; illégitimes, 141, Total, 548.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 mars 1890 au samedi 5 avril 1890, les décès ont été au nombre de 1079 savoir : 582 hommes et 497 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 6. T. 10. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 22, F. 26, T. 48. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 6, F. 3. T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 27, F. 23, T. 50. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 121, F. 86, T. 207. — Autres tuberculoses : M. 22. F. 17. T. 39. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 17. T. 41. — Méningite simple : M. 30, F. 20, T. 50. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 20, T. 38. — Paralysie : M. 3, F. 5. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 3, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 24. T. 43. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 21. T. 38. — Bronchite chronique : M. 20, F. 23. T. 43. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 18. T. 40. — Pneumonie : M. 29. F. 28. T. 57. — Gastro-entérite, biberon, M. 38, F. 31. T. 69. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 9. T. 12, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0. T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 7, F. 8, T. 15. — Sénilité : M. 10, F. 22. T. 32. — Suicides : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres morts violentes : M. 3. F. 3. T. 6. — Autres causes de mort : M. 112. F. 63. T. 175. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30, illégitimes, 16, Total : 46. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 12. Total : 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique chirurgicale.* M. le Dr DUPLAY, professeur de clinique chirurgicale, fera sa leçon d'ouverture le mardi 22 avril 1890, à 9 heures 1/2, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker. *Ordre du cours* qui aura lieu à 9 heures : Lundi, *Exercices cliniques.* Mardi, *Leçon clinique.* Mercredi, *Exercices cliniques.* Jeudi, *Opérations.* Vendredi, *Gynécologie.* Samedi, *Leçons et opérations.*

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr GUYON commencera ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, le mercredi 23 avril 1890, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Necker. Inutile de rappeler à nos lecteurs qu'il s'agit de l'inauguration de la clinique spéciale installée récemment à Necker.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — *Externat.* A la suite des épreuves du concours, MM. Drappier, Mahieu, Butin, Monestié, Sonville et Coulmont ont été nommés externes titulaires des hôpitaux. Les questions avaient été, à l'écrit : *Symptômes de la pneumonie franche et artère humérale* ; à l'oral : *Fractures de l'extrémité inférieure du radius* ; à l'épreuve pratique : *Echarpe Mayor.* — *Internat.* Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Thibaudet (Pierre) et Dennetières, comme internes titulaires des hôpitaux de Lille, et de M. Perignon, comme interne suppléant. La question écrite avait été : *Anatomie et rétrécissement de l'œsophage.* La question orale avait porté sur la *Péricardite.* Enfin l'examen de deux malades (un de chirurgie et un de médecine pour chaque candidat) avait complété les épreuves de ce concours. — On voit qu'à la Faculté catholique de Lille on n'hésite pas à adjoindre une épreuve clinique aux épreuves théoriques du concours de l'Internat. Chacun prend son bien où il le trouve.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 10 novembre à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. CHARIER, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. BOISARD, professeur agrégé au lycée de Besançon, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Henry, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un congé, du 16 mars au 31 octobre est accordé, sur sa demande,

pour raison de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie chirurgicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. BROUSSOLE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé, en outre, pendant la durée du congé accordé à M. Fleurot, d'un cours de pathologie chirurgicale à ladite école.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, l'ouverture de concours fixée au 3 avril 1890, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est ajournée au 17 du même mois.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Troubles à l'Université de Saint-Pétersbourg.* — Les étudiants de l'Université de Saint-Pétersbourg ont voulu recommencer leurs désordres la semaine dernière, mais ils étaient si peu nombreux qu'ils se sont bientôt dispersés paisiblement. Les étudiants protestent unanimement contre l'opinion que leur conduite ait un but politique révolutionnaire. Ils déclarent qu'ils sont uniquement mécontents du régime scolaire actuel devenu trop arbitraire. Les discours et les propos tenus dans leurs réunions n'offrent en effet aucun indice de révolte contre le gouvernement. En somme, les troubles paraissent entrer dans une période décroissante. — D'après les dernières dépêches de Saint-Pétersbourg, le nombre total des étudiants de l'Université de la capitale qui ont été arrêtés est de deux cent soixante-deux. Ils sont internés dans la prison militaire, où ils resteront jusqu'à la fin de l'enquête sur leur conduite et jusqu'à la cessation des désordres.

Troubles à l'Université de Moscou. — Sur les 700 étudiants qui avaient été arrêtés pendant les désordres du 8/20 au 12/24 mars, quinze ont été trouvés coupables d'agitation politique révolutionnaire et ont été remis entre les mains de la police d'Etat. Ils seront jugés et punis selon leur culpabilité. Quarante-deux ont été expulsés de l'Université et de Moscou, sans avoir le droit d'entrer dans d'autres Universités : trente-sept, expulsés de Moscou avec le droit de continuer leurs études dans d'autres Universités; quarante-quatre ont subi des punitions disciplinaires. Le reste a été remis en liberté.

Troubles à l'Université de Kharkow. — A Kharkow, un mouvement analogue s'est produit; soixante-sept étudiants ont été arrêtés, et onze expulsés de la ville. Aujourd'hui, l'ordre parfait est rétabli à Kharkow.

ASILE D'ALIÉNÉS DE VILLE-EVRARD. — Dans sa séance du 4 avril, le conseil général de la Seine a voté la création d'un 3e poste de médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, et a présenté à ce poste M. le Dr KÉRAVAL, notre collaborateur et ami, médecin adjoint de cet hôpital, en reconnaissance des nombreux services qu'il a rendus au département de la Seine.

HÔPITAUX DE NANTES. — *Banquet de l'Internat.* — Le Banquet de l'Internat des Hôpitaux de Nantes aura lieu le jeudi 17 avril 1890, à 7 heures du soir. Le montant de la cotisation est fixé à 15 francs. Le banquet sera servi par M. Monnier (salle du Rowing-Club, café du Sport, entrée rue du Calvaire). Les adhésions devront être adressées à M. Monnier, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, avant le samedi 12 avril.

LEÇONS DU MARDI DU Pr CHARCOT. — La livraison 23 qui contient la table des matières du tome II vient de paraître. — Dorénavant ces leçons ne seront plus publiées sous forme de fascicules spéciaux. Elles seront insérées alternativement soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Archives de Neurologie*. — Le tome II broché sera mis en vente d'ici quelques jours au prix de 20 fr. Pour nos abonnés, *prix* 16 *francs*.

MAISON DE NANTERRE. — Le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 31 mars a, pour faire face aux dépenses de la création d'une 5e section, à la maison départementale de Nanterre, voté une somme de 518,058 fr. 35 c.

NOMINATIONS. — L'exequatur a été accordé à M. le Dr Luis Razetti Martinez, consul de Venezuela à Marseille.

REVUE INTERNATIONALE DE BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE. — Nous recevons le 1er numéro de la *Revue internationale de Bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire*, que dirige M. le Pr J. Rouvier, de Beyrouth. C'est là une tentative, une grande tentative ! Nous craignons cependant, étant donné la façon dont ce travail de géant est entrepris, loin de tout centre universitaire important, qu'il n'arrive pas à détrôner l'*Index medicus*. Certes, nous applaudissons des deux mains à cette création d'origine française; et nous pensons qu'on peut faire mieux encore que l'Index medicus, ce chef-d'œuvre de patience. Mais c'est à Paris qu'il aurait fallu essayer de faire plus grand que les Américains. C'est un peuple trop vivant, doué de trop d'initiative, pour qu'il soit possible de le distancer sur le terrain des innovations réellement pratiques. Nous regrettons qu'un Français de Paris n'ait pas eu l'audace de M. Rouvier, mais nous n'en félicitons pas moins très vivement notre compatriote de l'Ecole française de Beyrouth d'avoir osé risquer si gros jeu dans le seul but de répandre davantage tous les travaux sortis des Facultés et des Hôpitaux de France.

NÉCROLOGIE. — Le *Temps* raconte le fait suivant : Une personne d'apparence fort misérable s'affaissait hier, sur un banc du quai de la Mégisserie ; des passants s'approchèrent d'elle : C'est trop tard, dit-il, je vais mourir. En effet, le malheureux rendait bientôt le dernier soupir. Les papiers trouvés sur lui ont permis de reconstituer son identité : le défunt se nommait Charles LELIÈVRE ; il était ancien médecin de la marine ; depuis quelque temps il vivait de la générosité du public.

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouvrages provenant de la vente des Bibliothèques de MM. Béclard, Bricon, etc.

SACHAILE (de la Barre). — Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres. Statistique scientifique et morale des médecins de Paris. — Paris, 1845, 1 fort vol. in-8°. — Prix . . . . . 5 fr.

U. TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie. — Paris, Baillière, 1839, 1 vol. in-8°. — Prix. . . . . 5 fr.

FALRET (J.-P.). — De l'hypocondrie et du suicide, considérations sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement. — Paris, 1822, 1 vol. in-8°. — Prix. . . . . . . 5 fr.

G. FERRUS. — Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons. — Paris, J.-B. Baillière, 1850, 1 vol, in-8°.—Prix. 5 fr.

G. FERRUS.— De l'expatriation pénitentiaire, pour faire suite à l'ouvrage des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons. — Paris, 1853, 1 vol. in-8°. — Prix . . . . 3 fr.

P. DIDAY. — Le péril vénérien dans les familles. — Paris, 1881, 1 vol. in-12. . . . . 1 fr. 50 c.

A. FOURNIER. — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis). — Paris, 1882, 1 vol. in-8°. . . . . 4 fr.

J. L. PREVOST. — De la déviation conjuguée des yeux et de rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie. — Paris, 1868, 1 vol. in-8°. — Prix . . . . 5 fr.

COSTE. — L'inconscient, étude sur l'hypnotisme. — Paris, 1889. 1 vol. in-12. — Prix. . . . . 1 fr.

(A suivre).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 16. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 AVRIL 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Sur un cas d'hystéro-traumatisme ;

MONOPLÉGIE BRACHIALE HYSTÉRIQUE DÉVELOPPÉE A LA SUITE D'UNE FRACTURE DU RADIUS.

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique (1).

Messieurs,

Je veux vous dire aujourd'hui quelques mots d'un sujet dont je vous ai déjà maintes fois entretenu, mais sur lequel je ne saurais trop insister. Je veux parler de l'hystérie traumatique. Je me suis aperçu en effet que, grâce à la ténacité dont nous avons fait preuve, mes élèves et moi, pour défendre nos idées déjà quelque peu anciennes à ce sujet, ces notions commencent à pénétrer peu à peu et à prendre dans la médecine et aussi dans la chirurgie la juste place qui leur revient. Bien que nombre de nos confrères, à l'étranger surtout, en contestent encore la réalité, vous verrez, par l'exemple du malade que je place aujourd'hui sous vos yeux, qu'il n'en est pas de même pour tous. Fort heureusement, Messieurs, cela est ainsi, car vous verrez aussi qu'il ne s'agit pas là d'une question de théorie pure et d'interprétation plus ou moins spéculative des faits, mais bien d'une affaire éminemment pratique, dans laquelle l'intérêt du malade est très souvent en jeu.

Le chirurgien doit aujourd'hui connaître l'hystérie, l'hystérie traumatique en général et les accidents d'hystérie traumatique locale en particulier, aussi bien que le médecin. Je vous montrerai un jour, par l'étude de deux jeunes malades, deux sœurs, que nous avons en ce moment dans le service de la clinique, combien l'ignorance de ces questions peut être préjudiciable au malade. Vous comprendrez par contre, en entendant l'histoire de notre malade d'aujourd'hui, comment doit se conduire et motiver sa conduite le chirurgien au courant des données nouvelles de la neuropathologie, en ce qui concerne l'hystérie, considérée *in its surgical aspect*, comme disent les Anglais.

Mais arrivons tout de suite à l'étude du malade, pour pouvoir tirer ensuite de cette étude même les conclusions qu'il convient d'en déduire. Le jeune homme qui est sous vos yeux, le nommé D..., Victor, est âgé de 21 ans. Il exerce le métier de fumiste. La recherche de ses antécédents héréditaires nous apprend que son père était saturnin, de plus très probablement alcoolique. Il est mort il y a peu de temps; le malade n'a pu nous dire de quelle maladie. Sa mère est encore vivante; elle est bien portante, n'a jamais eu de maladies nerveuses, ni d'attaques de nerfs. Tous ses frères et sœurs sont, à son dire, bien portants. Il a des oncles et des tantes tant paternels que maternels, mais les connaissant peu il ne peut nous donner sur leur compte que des renseignements tout à fait insuffisants.

La recherche des antécédents personnels du malade ne nous fait rien connaître de bien intéressant, sauf ceci, à savoir qu'il est sujet depuis longtemps à des étourdissements d'un genre particulier, sur lesquels je me propose d'attirer tout à l'heure votre attention. En dehors de cela, on ne connaît pas grand'chose sur ses antécédents qui semblent peu chargés.

Le 24 décembre 1888, c'est-à-dire il y a treize mois, le malade travaillait dans un atelier de la Compagnie des compteurs à gaz; il perçait un coffre de cheminée. Il était monté sur une grande échelle, à la hauteur d'un deuxième étage environ. Tout à coup il fut pris d'un de ces étourdissements auxquels il est sujet et sur lesquels nous reviendrons plus loin. Il ne put se retenir à son échelle et tomba. A partir du moment où l'étourdissement le prit, il ne se rappelle absolument rien de ce qui s'est passé. La chute se fit sur des compteurs à gaz rangés sur le sol et dont il abîma plusieurs en tombant. Quand on vint pour le relever, il avait perdu connaissance. On le transporta dans cet état et il ne revint à lui que dans un bureau de la Compagnie où on l'avait placé. Cette perte de connaissance peut avoir duré environ dix minutes. De là, il fut transporté chez un pharmacien qui lui fit avaler quelques drogues et procéda au premier pansement d'une *fracture du radius* qui fut reconnue dès ce moment. Remarquez, j'insiste en passant sur ce fait, que cette fracture s'accompagnait d'une vive douleur et que l'application de ce premier appareil, ainsi que de celui qu'on plaça un peu plus tard à l'hôpital, fut également très douloureuse.

De chez le pharmacien on le transporta à l'hôpital Lariboisière. Là, un appareil inamovible plâtré fut appliqué, et, au bout d'un mois environ, le malade quitta l'hôpital. La fracture était bien guérie à cette époque, mais il persistait une sorte d'engourdissement de la main et de l'avant-bras qui gênait le malade pour travailler et qui le força à entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Pr Richet. Il resta là quinze jours, et, pour tout traitement, on lui fit des badigeonnages de teinture d'iode au niveau du foyer de la fracture et quelques frictions sur les parties qui étaient le siège de cet engourdissement.

Mais la faiblesse du membre, ainsi que l'engourdissement continuel qu'il y ressentait, loin de diminuer, s'accentuait de jour en jour. L'augmentation graduelle des phénomènes parétiques le conduisit à la consultation du bureau central, où notre collègue, M. Chaput, le reçut dans son service à l'hôpital Laënnec.

J'appelle votre attention, Messieurs, sur le mode de début de ces phénomènes parétiques. C'est toujours ou presque toujours ainsi que cela se passe dans les cas de paralysie hystéro-traumatique. Un élément sensitif quelconque, douleur, engourdissement, consécutif soit au traumatisme, soit, comme dans le cas actuel, à l'application d'un appareil à fracture, devient pour la malade l'occasion d'une auto-suggestion involontaire, le plus souvent aussi inconsciente, qui aboutit en fin de compte à l'impotence fonctionnelle plus ou moins absolue du membre ou d'une partie du membre intéressé.

Au moment où le malade entra dans le service de M. Chaput (7 mars 1889), il y avait environ trois mois

(1) Leçon du 28 janvier 1890.

que l'accident dont il avait été victime s'était produit. M. Chaput nous a obligeamment fourni tous les détails sur l'état du jeune D..., à cette époque, et sur les événements qui s'accomplirent pendant son séjour dans son service. Je vous lis la note qu'il a bien voulu nous remettre :

« A l'entrée, on constate à la vue une saillie en dos de fourchette de la région dorsale du poignet, d'ailleurs peu accentuée. En avant, au contraire, saillie très prononcée au-dessus des plis de flexion du poignet. Le poignet est plus cylindrique, moins aplati que normalement. La main est transportée en masse du côté radial, tout en étant inclinée sur le bord cubital. En dedans, saillie anormale de la tête du cubitus. L'axe du médius et du troisième métacarpien ne correspond pas exactement à celui de l'avant-bras.

« A la palpation, on trouve que le sommet de l'apophyse styloïde radiale est remonté, de telle sorte qu'il est au niveau de la styloïde cubitale.

« La pression exercée en avant sur la ligne médiane, au niveau du *médian*, *est très douloureuse*. La douleur est locale et n'irradie pas dans les doigts. La douleur à la pression sur le médian, jointe à la déformation considérable notée en avant, me permettent de penser que le nerf est soulevé par une crête osseuse dépendant de la fracture, comme cela s'est rencontré dans plusieurs observations bien connues.

« Le malade accuse des fourmillements et des picotements, sans siège précis, dans la main malade.

« La sensibilité à la douleur est absolument disparue dans toute la main, à l'exception du doigt médius qui conserve sa sensibilité dans la plus grande partie de sa surface. La sensibilité tactile de ce doigt n'a pas été notée, ni celle à la chaleur.

« La puissance musculaire est très diminuée dans la main qui ne peut serrer que fort peu. Les troubles nerveux ne sont pas limités à la main. La flexion de l'avant-bras sur le bras est peu vigoureuse.

« L'anesthésie à la piqûre se prolonge sur tout le membre sans plaques de sensibilité disséminées. Elle est limitée par une ligne assez régulière passant par le sommet du creux de l'aisselle en dedans et la partie supérieure du moignon de l'épaule en dehors et coupant environ par le milieu la tête humérale. La région interne du bras est insensible malgré les perforants intercostaux. La sensibilité à la chaleur et la sensibilité profonde à la douleur n'ont pas été notées.

« Il n'existe pas de troubles trophiques sur le membre ; la température paraît seulement un peu inférieure à celle du côté sain. Les reliefs musculaires sont normaux. Pas d'atrophie.

« Pas d'anesthésie sur aucun autre point du corps. Les réflexes pharyngien et testiculaire sont normaux. Le réflexe patellaire est plutôt exagéré. La sensibilité est peut-être un peu exagérée dans les membres inférieurs.

« Le malade n'a jamais eu d'attaques ni de troubles psychiques. Migraines fréquentes. Fréquents étourdissements. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite.

« Pas de troubles digestifs. Rien au cœur ni aux poumons. Pas de sucre dans les urines. Pas d'alcoolisme. Pas de maladies antérieures.

« *Considérant que la monoplégie consécutive à la chute et à la fracture pouvait être à la rigueur entretenue par la compression du médian ; considérant, d'autre part, que l'intervention, n'eût-elle qu'un effet local, serait fort utile au malade en soustrayant son nerf à une compression certaine ; comme d'autre part l'opération pouvait, par l'effet moral produit, guérir le malade de sa monoplégie, je décidai d'intervenir et fis l'opération le* 16 *mars* 1889.

« Chloroforme. Bande d'Esmarch. Incision médiane verticale de six centimètres environ sur le trajet du médian. Le nerf est facilement mis en évidence ; il n'est pas altéré au point de vue extérieur, ni dans son volume, ni dans sa couleur. Sa face profonde repose immédiatement sur une crête osseuse, aiguë et tranchante, formée par l'arête du fragment supérieur. Ablation de la crête à la gouge. Hémostase. Suture aux crins de Florence sans drainage. Pansement iodoformé.

« Aussitôt que le malade est réveillé, on constate que la sensibilité est revenue complètement dans tout le membre. Peut-être y a-t-il même un certain degré d'hyperesthésie avec léger retard de la perception.

« Deux pansements à huit jours de distance.

« Le malade part à Vincennes le 1[er] avril. La guérison de la plaie est parfaite ; l'anesthésie n'a pas reparu. On ne recherche pas la motilité afin de ne pas désunir la cicatrice récente. »

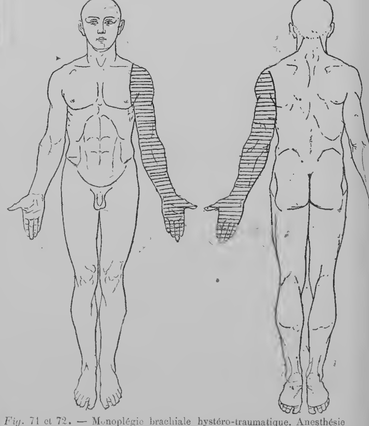


Fig. 71 et 72. — Monoplégie brachiale hystéro-traumatique. Anesthésie en manche de veste pour tous les modes de la sensibilité.

Tels sont les renseignements fort précieux, vous le voyez, qui nous sont donnés par M. Chaput (22 décembre 1889).

Après sa sortie de Vincennes, le malade put reprendre son travail et la guérison se maintint pendant deux mois. Mais, au bout de ce temps, la faiblesse du membre supérieur reparut et il fut obligé de nouveau de retourner consulter M. Chaput qui nous l'envoya le 20 décembre 1889.

Aujourd'hui, vous le voyez, Messieurs, c'est un jeune homme fort, bien musclé, ayant toutes les apparences d'une parfaite santé. Son état général est bon ; toutes ses fonctions organiques s'accomplissent normalement.

Il est atteint d'une *monoplégie brachiale* gauche présentant les caractères suivants : l'impotence porte spécialement sur la main, le poignet et l'avant-bras. L'épaule est légèrement prise, car elle résiste moins aux mouvements passifs que du côté sain, mais cela est fort peu accentué. L'avant-bras et le coude sont au contraire presque complètement impotents, ainsi que le poignet et la main.

Au dynamomètre, la main droite amène le chiffre de 50 kil. sans efforts; au contraire, la main gauche peut à peine exercer une force de 4 kil.

Les réflexes tendineux du membre supérieur sont plus forts du côté sain que du côté malade.

De plus, le membre supérieur tout entier est le siège d'une anesthésie complète au contact, à la douleur, au froid et au chaud, se terminant en haut par une ligne régulière semblable, comme direction et comme situation, à la ligne d'emmanchure d'une manche de veste. La sensibibité profonde est abolie dans la main étendue.

Le sens musculaire est perdu dans la main, l'avant-bras. Si je lui ferme les yeux et que je lui commande d'aller chercher sa main gauche avec sa main droite, vous voyez celle-ci errer dans l'espace à la recherche de l'autre, sans pouvoir arriver à la trouver. Mais il faut pour cette recherche, dans ce cas particulier, user de grandes précautions. Vous voyez, Messieurs, avec quelle douceur je remue la main malade. C'est qu'en effet le sens musculaire n'est aboli que dans la main et l'avant-bras. Il persiste au niveau du bras et le malade a conscience des mouvements que l'on fait exécuter à son épaule. Si, dans ces conditions, je remue trop brusquement la main, je risque de communiquer quelque mouvement à cette épaule au niveau de laquelle le sens musculaire n'est point aboli et qui le guide dans la perception de la position de tout le membre. C'est ainsi qu'une grosse erreur pourrait être commise, et que, faute de précautions, nous pourrions croire à une persistance du sens musculaire dans les segments du membre paralysé, ce qui n'est point la règle en pareil cas.

Le malade ne se plaint pas de douleur. En aucun point du membre vous ne constatez d'atrophie musculaire, ni de troubles trophiques.

La main présente cette légère déformation que vous avez vue signalée plus haut dans l'observation de M. Chaput. Elle est transportée en masse sur le bord radial, tout en étant inclinée sur le bord cubital, et l'axe du médius ne correspond plus à l'axe de l'avant-bras.

Le malade n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais il est sujet à de fréquents étourdissements qu'il décrit de la façon suivante. Il est pris de sifflements dans les oreilles et de battements dans les tempes. Puis tout d'un coup les objets se mettent à tourner autour de lui, de gauche à droite. Il ne perd jamais connaissance, tombe quelquefois, quoique rarement, mais est souvent obligé de se retenir à quelque meuble ou même de se jeter sur son lit pour éviter une chute. Jamais il ne s'est produit à ce moment de convulsions. Après ces vertiges prend naissance un violent mal de tête consistant en une constriction douloureuse frontale et temporale, pendant lequel la peau est douloureuse au niveau des tempes. Ces étourdissements le prennent sans raison, en causant, en travaillant, jamais la nuit. Le mal de tête qui les suit peut durer toute une journée. Il n'éprouve jamais d'envie de pleurer ou de rire après ces étourdissements.

Il n'existe aucune trace d'anesthésie sur tout le reste du corps.

Il existe en revanche des points hypéresthésiques, quoique non positivement hystérogènes, au-dessous du mamelon gauche et dans les deux fosses iliaques. La pression profonde à ces niveaux occasionne une douleur qui lui coupe la respiration. Le pincement de la peau aux mêmes places n'est point douloureux.

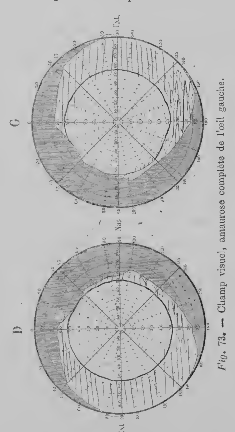


Fig. 73. — Champ visuel, amaurose complète de l'œil gauche.

Les deux yeux sont le siège d'un léger rétrécissement du champ visuel (voir le schéma ci-contre). Il existe un léger degré de mégalopsie dans les deux yeux et une diplopie monoculaire assez nette à droite. Le malade dit voir double quelquefois. On remarque que, quand il parle de ses vertiges, il louche légèrement. Il est probable qu'il existe surtout au moment des vertiges un peu de contracture ou de paralysie des muscles droits, internes ou externes.

Vous pouvez constater que le goût est aboli sur toute la surface de la langue ; une quantité de sulfate de quinine étalée sur la langue ne provoque pas la moindre grimace de dégoût sur la face du malade, et, de fait, il dit ne point sentir le goût de ce qu'il mange ou boit.

L'ouïe est légèrement diminuée à droite. Mais, d'après l'examen qui a été pratiqué par M. le Dr Gellé, quelques opacités existant sur le tympan suffisent à expliquer ce très léger trouble.

L'odorat est normal des deux côtés.

Le réflexe pharyngien est aboli à droite et à gauche.

Le malade avait autrefois de fréquentes insomnies. Il dort à peu près bien maintenant, sans éprouver de cauchemars, ni d'hallucinations hypnagogiques terrifiantes.

Il y a, chez ce malade, plusieurs points intéressants à examiner. Il est à peine besoin de justifier le diagnostic d'hystérie. La névrose est chez lui présente avec ses stigmates les plus nets et les mieux accentués. Pour ne prendre que les signes locaux de cette paralysie que présente Desf..., ceux-ci suffiraient à eux

seuls à faire porter le diagnostic de monoplégie hystérique. Il y a déjà plusieurs années que j'ai insisté sur le genre spécial de limitation de l'anesthésie dans les paralysies hystériques. Ici, dans une monoplégie brachiale, nous avons l'anesthésie classique en manche de veste.

Je ne reviendrais donc pas sur ce sujet de la délimitation de l'anesthésie dans les monoplégies hystériques, s'il n'existait une autre maladie dans laquelle on rencontre également des troubles de la sensibilité distribués de la même manière, c'est-à-dire par segments de membre. Cette maladie est la Syringomyélie. Mais, d'autre part, à ne considérer que les autres signes de chacune des deux affections, que de différences entre elles ! Je ne parle pas de leur nature, l'hystérie étant une maladie de nature dynamique, j'entends par là une maladie dans laquelle les lésions matérielles n'ont pas encore été reconnues et la syringomyélie une affection caractérisée par des lésions les plus grossières de la moelle épinière. Mais, restant sur le terrain clinique, vous trouvez dans la syringomyélie les atrophies musculaires, souvent un élément spasmodique révélé par un certain degré de paraplégie avec exagération des réflexes rotuliens, une scoliose trophique très fréquente, des arthropathies, l'intégrité des sens spéciaux, etc.

Ce n'est pas à dire que souvent le diagnostic entre les deux maladies ne soit pas difficile. Les atrophies musculaires font, nous le savons aujourd'hui, partie du tableau symptomatique de l'hystérie. L'élément spasmodique peut se rencontrer chez les hystériques et souvent aussi les arthrodynies, dont le diagnostic est quelquefois si ardu. Ces phénomènes peuvent se combiner chez un individu, de concert avec les troubles de la sensabilité, pour simuler la syringomyélie, et il n'y a pas bien longtemps je vous ai présenté un cas de ce genre sous le titre de simulation hystérique de la syringomyélie (1). Mais, Messieurs, et c'est surtout pour en venir à ceci que j'ai fait cette courte digression sur la syringomyélie, si dans cette dernière affection les troubles de la sensibilité se manifestent avec une délimitation analogue à celle qui est la règle dans l'hystérie, ils présentent d'autre part des caractères qui permettent facilement de les reconnaître.

Dans la syringomyélie, en effet, l'anesthésie, qui occupe un ou plusieurs segments du membre, limitée par une ligne circulaire plus ou moins parfaite, ne porte pas sur tous les modes de la sensibilité. La sensibilité au toucher y est conservée ; la douleur, au contraire, n'est plus perçue que comme contact et la sensibilité au chaud et au froid est complètement abolie. Donc, analgésie et thermoanesthésie, tels sont les caractères distinctifs de l'anesthésie syringomyélique.

L'hystérie peut présenter, mais ne présente pas, en général, cette dissociation si particulière de l'anesthésie. Chez notre malade, vous voyez que la sensibilité est abolie dans tous ses modes, ce qui est hystérique au premier chef. De plus, le sens musculaire est perdu d'une façon assez grossière pour la main et l'avant-bras, ce qui ne se voit, en général, pas dans l'affection cavitaire de la moelle épinière.

Un autre point de l'histoire de Derf... est intéressant à noter. Je veux parler de ces vertiges qu'il éprouve de temps en temps et dont l'un a occasionné la chute du malade du haut de son échelle, chute qui a été l'agent provocateur des accidents hystériques locaux ultérieurs. S'agissait-il là d'un vertige apoplectique ?

(1) J.-M. Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1888-89.

C'est bien peu vraisemblable. Jamais le malade, à la suite de ces étourdissements, n'a présenté de signes d'hémiplégie. Son âge est, de plus, en contradiction avec cette manière de voir. La monoplégie consécutive ne saurait être non plus, à cause de ses caractères et de son évolution même, mise sur le compte de cette soi-disant attaque d'apoplexie.

Peut-on penser à un vertige de Menière ? Le malade présente, en général, avant la courte perte de connaissance dont s'accompagne le vertige, quelques phénomènes du côté de l'ouïe, tels que des sifflements d'oreille. Mais l'examen de l'appareil auditif, pratiqué par M. Gellé, n'a décelé l'existence d'aucune lésion otique pouvant produire le vertige de Menière. Ce n'est donc point encore de cela qu'il s'agit.

Serait-ce par hasard un vertige épileptique ? C'est bien peu vraisemblable. Et d'ailleurs pourquoi aller chercher si loin quand nous trouvons dans la description du malade des caractères qui ne peuvent permettre le doute. Le vertige est précédé d'une aura céphalique hystérique absolument nette, consistant en sifflements dans les oreilles et en battements dans les tempes. Sentant le vertige qui commence, il s'accroche à quelque meuble ou se jette sur son lit. Puis, une fois la petite perte de connaissance passée, il se relève avec un mal de tête bien particulier, dans lequel la peau du crâne et du front est le siège d'une hyperesthésie très vive. Il n'y a rien d'épileptique dans tout cela, tandis que l'hystérie s'y révèle d'une façon parfaitement nette.

Les vertiges dont souffre notre malade sont donc en réalité de petites attaques d'hystérie, manifestées seulement par une aura suivie d'une courte perte de connaissance, sans convulsions d'aucune sorte.

Arrivons maintenant à l'étude de l'accident local déterminé par la chute et l'application consécutive de l'appareil à fracture. A ce point de vue, le cas est en réalité presque plutôt chirurgical que médical et ce sont, en effet, les chirurgiens que le malade est allé trouver et qui ont eu chez lui à intervenir. Vous avez pu constater, en entendant l'histoire de cet homme, l'exactitude de ce que je vous disais en commençant, touchant la nécessité pour le chirurgien de bien connaître ces faits d'hystéro-traumatisme. Je vous ai dit aussi que mes efforts pour propager la connaissance de ces notions commençaient à être couronnés de succès. L'histoire de notre homme en fournit la preuve.

Je vous ai lu mot à mot la note que nous avait adressée M. Chaput, chirurgien distingué des hôpitaux, au sujet de ce malade. Vous avez pu voir que la nature de cette monoplégie brachiale, ignorée pendant quelque temps, avait fini par être dépistée par lui, grâce aux signes spéciaux qui la caractérisaient et sur lesquels j'ai insisté depuis longtemps. Il s'appuyait surtout pour faire ce diagnostic de monoplégie hystérique, qu'il formulait nettement dans une autre note qu'il nous a adressée en nous envoyant le malade, sur les troubles de la sensibilité qui lui semblaient hors de proportion et ne concordant pas par leur disposition topographique avec le siège de la lésion du nerf médian.

Ce point mérite de nous arrêter un instant. A un examen superficiel on pouvait, en effet, supposer qu'il s'agissait là d'une simple compression d'un nerf, si l'on limitait son examen à la région de la main et du poignet. Cependant même en ces points l'anesthésie n'était pas en rapport avec la distribution du nerf comprimé.

Il s'agissait en effet du médian et l'insensibilité était absolue dans toute l'étendue de la main, à sa face palmaire aussi bien qu'à sa face dorsale. Mais si l'on poussait plus loin les investigations, on remarquait, phénomène bien singulier dans l'hypothèse d'une lésion du médian au poignet, que l'anesthésie remontait tout le long de l'avant-bras et du bras, jusque et y compris le moignon de l'épaule. Il ne pouvait donc s'agir exclusivement d'une compression nerveuse au poignet.

Le nerf, cependant, était nettement comprimé et il fallait à tout prix éviter les suites ultérieures possibles de cette compression nerveuse, qui aurait pu aboutir à une dégénérescence du nerf avec toutes ses conséquences fâcheuses. C'est ce qui décida M. Chaput à faire l'opération que je vous ai décrite. Mais ce n'est pas cela seulement qui l'a guidé dans son intervention. Il pensait, en outre, que l'effet moral produit par cette opération pouvait aussi contribuer à guérir le malade de sa monoplégie hystérique. C'était parfaitement raisonné et, à mon avis, l'on ne peut qu'approuver l'excellence des motifs qui l'ont poussé à pratiquer l'ablation de l'exostose qui comprimait le médian.

Le double résultat qu'il attendait s'est produit. Tout d'abord le malade a été délivré de sa compression nerveuse et il a échappé ainsi avec certitude à ses dangers consécutifs. De plus, l'effet moral de l'opération s'est manifesté par la guérison presque immédiate de la monoplégie, ainsi que de l'anesthésie qui l'accompagnait. En un mot, ce qu'une auto-suggestion avait fait, une auto-suggestion contraire a pu le défaire.

Mais, Messieurs, l'hystérie ne se laisse pas aussi facilement déloger quand elle a élu domicile chez un malade.

Il est vraisemblable que, même après la guérison de l'accident local, les stigmates de la névrose persistaient. Cela est bien probable, du moins quand on connaît l'histoire ultérieure de notre malade. En effet, cette guérison de la monoplégie ne se maintint pas longtemps. Au bout de deux mois de répit, le malade voyait peu à peu l'impotence motrice se reproduire, et était forcé de revenir consulter M. Chaput qui, cette fois, son rôle de chirurgien accompli, passait la main aux neuropathologistes et nous adressait le malade.

Vous voyez une fois de plus par cet exemple, car ce n'est pas le premier de ce genre que je mets sous vos yeux, combien l'hystérie mâle est souvent tenace, difficile à guérir dans ses accidents épisodiques comme dans ses stigmates permanents. Nous allons essayer ce que nous pouvons faire chez cet homme ; on va lui donner des douches, des toniques, lui faire faire de la gymnastique du membre malade pour réveiller dans son cerveau, par des mouvements tant passifs qu'actifs, l'idée de mouvement et les représentations motrices. J'espère obtenir un résultat, mais assurément ce sera long. Voilà déjà quatorze mois que le malheureux est impotent de son bras. Combien cela durera-t-il encore ? Je ne sais, mais, en tout cas, retenez de ce fait que le pronostic des accidents de ce genre est loin d'être toujours bénin, et que l'hystérie, chez l'homme comme chez la femme d'ailleurs, est bien souvent une maladie tenace, difficile à guérir et rebelle à tous les traitements, même les plus rationnels.

Le pronostic porté au mois de janvier par M. Charcot s'est justifié de tous points dans la suite. Au mois de mars 1890, le malade est encore porteur de sa monoplégie brachiale avec anesthésie en manche de veste. L'impotence motrice est cependant assez notablement améliorée, mais bien loin d'être guérie. Les stigmates persistent encore, témoignant que l'hystérie est toujours là, en dépit de l'amélioration relative de l'accident local, 25 mars 1890].

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association Générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Dimanche 13 avril a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la trente et unième assemblée annuelle de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*. Nous avons été heureux de constater que cette année l'affluence des membres de l'Association et des délégués de province était beaucoup plus considérable que les années précédentes.

La séance était présidée par M. le Dr Henry Roger. Dans un excellent discours, il rend hommage à la mémoire de Philippe Ricord, qui, comme on le sait, a légué à l'Association une somme de 10.000 fr. et adresse aux bienfaiteurs de la Société de chaleureux compliments, espérant que d'ici peu l'œuvre philanthropique de l'Association générale des médecins de France pourra élever à 1.200 fr. le chiffre de ses pensions. Son discours est couvert d'applaudissements.

M. Brun, trésorier, donne lecture de son rapport sur le mouvement financier de l'Association qui a reçu cette année les legs de Mme Cloquet, du Dr Belle (de Moissac), du Dr Ricord et de Mme Huguier.

Recettes. — Le contingent des sociétés locales à la Caisse générale a été de 22.212 fr. 87 cent., soit :

3.730 fr.	» c.	pour droits d'admission, ce qui représente plus de 300 nouveaux sociétaires.
13.065	87	pour le dixième des cotisations et revenus.
5.417	»	pour remboursement d'Annuaires.
		Si, à cette somme, nous ajoutons celles de :
3.675	15	qui nous a été bonifiée pour intérêts de la somme de 81,670 fr., qui constitue notre réserve à la Caisse des dépôts et consignations.
7.465	74	conservés, en la caisse particulière du trésorier, nous avons un total de :
33.353 fr.	76 c.,	dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

Dépenses et emplois des fonds. — Frais d'administration, impressions, circulaires, etc. . . . . . fr.	3.045	20
Loyer et frais accessoires	880	95
Annuaires, impression et distribution.	6.381	»
Frais judiciaires et droits de succession du Dr Belle .	7.540	10
Versement à la Caisse des pensions de retraites. . . .	6.000	»
Allocations diverses et subventions aux sociétés locales	2.450	»
Menus frais	828	35
Toutes ces sommes forment un total de. . . . . . fr.	27.125	60
Et il reste entre les mains du trésorier, pour les premiers besoins de l'exercice . . . . fr.	6.228	10
Qui forment la balance avec la somme portée en recettes.	33.353	76

La Caisse des retraites qui, l'an dernier, possédait un capital de 1,275,967 francs, a vu ce capital s'augmenter de la somme de 67,306 francs pendant le dernier exercice, ce qui le porte à la somme de 1,343,273 francs.

Aujourd'hui la plus forte partie du capital de la caisse est employée au service de soixante-quatorze pensions de 600 francs et d'une pension de 300 francs. A l'heure actuelle, 291,053 francs restent disponibles pour de nouvelles pensions..... En résumé, le compte capital de l'Association se solde par la somme de 1,431,362 francs 81, non compris un capital de 3,534 francs de rente sur le grand livre.

Ces chiffres ont leur éloquence : ils font honneur aux organisateurs de la Société et à ses adhérents, parmi

lesquels nous citerons, avec M. Brun, la Société centrale, qui a versé cette année 5,000 francs, la Société de la Gironde (2,000 francs), celle des Bouches-du-Rhône, de la Savoie, du Nord et 70 autres.

M. Riant communique le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1889; il rappelle au souvenir de l'Assemblée les membres de l'Association morts l'année dernière et leur consacre à tous un touchant éloge. Ce sont les Drs Armand Rey, fondateur et président de la Société des médecins de l'Isère, Gaudin, président de la Société de la Corse, Cassan et Delbosc, vice-présidents de la Société d'Albi et de Gaillac, Duboué, vice-président de la Société des Basses-Pyrénées, Marguerite, vice-président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, etc. Il souhaite la bienvenue à leurs successeurs et expose les services rendus par l'Association. La Caisse des pensions viagères a servi, après la dernière Assemblée générale, 85 pensions, dont 84 de 600 francs, et une pension de 300 francs de rente. En outre, les secours accordés par la Société centrale et les Sociétés locales à des sociétaires, veuves, fils ou filles de sociétaires, et à des personnes étrangères à l'Association, forment un total d'environ 58,015 francs.

Comme l'année dernière, il attaque avec véhémence ceux qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, et communique à ce sujet une série de faits scandaleux de charlatans et de somnambules qui se sont produits dans diverses parties de la France, et dont les auteurs ont été condamnés sur les plaintes des Sociétés locales. M. Riant fait ensuite une intéressante dissertation sur les droits des médecins dans les questions litigieuses et cite sur ce point nombre d'exemples de décisions administratives ou judiciaires qui, il faut l'avouer, n'ont pas encore produit assez de bons résultats, et qui montrent qu'une réforme entière et complète doit être opérée dans ce sens. Il termine en signalant les vœux, au nombre de dix, qui ont été déposés par les Sociétés de Laon, Vervins, Château-Thierry, de la Meuse, du Nord, des Landes, des Alpes-Maritimes, de la Loire-Inférieure, de la Loire, de la Haute-Loire, du Tarn-et-Garonne, et dont la discussion a eu lieu le lendemain.

M. Richelot lit ensuite au nom de la Commission (1) son rapport sur les pensions viagères. Il fait appel au zèle et à la générosité des membres riches de l'Association pour venir en aide aux infortunes de leurs confrères.

Après la communication de M. Richelot, il est procédé à la nomination d'un vice-président en remplacement du Dr Ricord, décédé. Le Pr Lannelongue est élu et la séance est levée.

Le soir, un certain nombre des membres se réunissaient à l'hôtel Continental où avait lieu le banquet et où la plus franche cordialité n'a cessé de régner. Plusieurs discours et toasts ont été prononcés.

La séance du lundi 14 avril mérite une attention toute spéciale pour les importantes questions qui y ont été traitées. Le Dr Motet, rapporteur de la Commission (2) nommée par le Conseil général de l'Association, donne lecture de son mémoire concernant la *Revision du décret du 28 juin 1811, réglant les honoraires des expertises médico-légales.* Il rappelle que cette réforme a été depuis bien longtemps étudiée dans les Congrès et au sein des Sociétés savantes et reconnaît l'insuffisance des honoraires fixés par le décret de 1811. Avec sa compétence habituelle, il fait l'historique de la question.

« Le décret de 1811, dit-il, partageait la France en trois sections : 1° Paris ; 2° Les villes de 40,000 habitants et au-dessus; 3° Les villes et communes au-dessous de 40,000 âmes. Et à chacune de ces divisions correspondait un tarif d'honoraires progressivement décroissant. Convient-il de maintenir une semblable disposition ? Vous ne l'avez pas pensé, et votre Commission est d'accord avec la majorité des Sociétés locales qui demandent l'unification du tarif pour toute la France... Nous ne comprenons pas que deux examens faits avec le même soin, avec la même compétence, conduisant aux mêmes conclusions soient rémunérés par des honoraires différents, pour cette seule raison que la ville où ils auront eu lieu auront 40,000 habitants et l'autre 20,000. Une autopsie est-elle donc moins difficile à faire en province qu'à Paris ?. . »

La Commission est d'avis que le même tarif soit appliqué aux expertises médico-légales dans toute la France. Dans un très intéressant tableau, que nous reproduisons plus loin (1), M. Motet formule les tarifs destinés à remplacer ceux de 1811.

Une discussion s'engage alors parmi l'Assemblée. M. Pamard (d'Avignon) se plaint qu'on n'ait pas envoyé quelques jours avant le rapport de M. Motet, sur lequel on aurait pu avantageusement discuter. M. le Secrétaire général répond à cette objection en disant que quelques Sociétés avaient seulement remis leurs rapports quatre ou cinq jours avant l'Assemblée générale. M. Lande (de Bordeaux) déclare que la classification présentée par M. Motet ne concerne (art. 17) que les nécropsies des fœtus, des adultes et des cadavres après exhumation. Les nécropsies retardées, comme celles des cadavres en décomposition, devraient être rangées dans la 3e catégorie. Il propose à l'article 17, § 3, c, de mettre « pour autopsie d'un sujet de n'importe quel âge en voie de décomposition dans un milieu quelconque, » au lieu de : « pour autopsie après exhumation. » M. Brouardel déclare que la Commission prend en considération cet amendement, dont il sera tenu compte dans la rédaction définitive. M. Hubert (Manche) voudrait que les cadavres fussent transportés, par ordre du Parquet, dans l'hôpital le plus voisin des lieux de l'expertise, ceux-ci n'étant pas toujours favorables pour mener à bien la nécropsie. M. Brouardel répond que cette question ne peut faire l'objet d'une loi, mais qu'elle peut être soumise au Ministre de la Justice. M. Coutagne (Lyon) trouve que ce transport serait fort coûteux et demande qu'il soit établi un dépôt mortuaire dans chaque commune. Un des membres fait remarquer que les prix établis par la Commission, pour les vacations, ne sont pas assez élevés et propose de porter à l'article 22 la vacation de jour à 10 fr. et celle de nuit à 20 fr. M. Brouardel insinue qu'il ne faut pas, à l'heure actuelle, demander trop. La Commission ministérielle à laquelle on s'adresse est surtout faite en vue de diminuer les frais de justice ; elle a été instituée pour reviser les tarifs du

(1) La Commission se compose de MM. Passant, Bucquoy, Motet, Thomas (de Tours), Worms et Richelot.

(2) Cette Commission est composée de M. le Pr Brouardel, M. le Pr Lannelongue, M. Dufay, sénateur, M. Vanesson, M. Motet.

(1) Voir page 323.

18 juin 1811 et non pour les augmenter. Ce que nous désirons occasionnera une augmentation de 150,000 à 180,000 fr. Si l'on demande un demi-million, on risque fort de perdre. On passe ensuite à la discussion des frais de voyage. M. Masbrenier (Melun) demande que les distances soient comptées, non de la commune, mais de la résidence. M. Motet dit qu'il s'agit de distances parcourues depuis la résidence et qu'il est facile de changer le terme. M. Lande (Bordeaux) propose de remplacer le mot résidence par celui de domicile. M. Liétard (Plombières) réclame deux tarifs pour les déplacements : le premier pour les dépositions, le deuxième pour les constatations. M. Motet répond qu'il est presque impossible de faire deux tarifs, la majorité des Sociétés ayant adopté 50 centimes par kilomètre. M. Brouardel, soutenant M. Motet, explique qu'on a adopté une moyenne résultant des différents cas. M. le président Roger met ensuite aux voix la proposition suivante de M. Pamard, de Vaucluse, portant :

« Que le bureau fera près du ministre les démarches nécessaires pour défendre le nouveau tarif, et que pour cela il s'adjoindra un certain nombre de présidents de Sociétés locales ». Après une courte discussion, cette proposition est adoptée.

M. Lereboullet donne alors lecture de son rapport sur l'*Assurance et l'Assistance en cas de maladie*. Il rappelle que le principe de l'indemnité accordée, en cas de maladie, à tout médecin rendu incapable de continuer l'exercice de sa profession, a été voté par un grand nombre de Sociétés locales. Il n'en a pas été de même en ce qui concerne l'assurance contre la maladie. Si, comme le dit M. Lereboullet, la plupart des Sociétés financières qui ont été fondées dans ce but ont échoué, c'est que, sans nier le préjudice réel que cause à celui qui n'a d'autres moyens d'existence que son travail quotidien une maladie un peu prolongée, nous sommes tous en général peu disposés à faire de gros sacrifices pour parer à un danger qui semble toujours aussi problématique que lointain. L'honorable orateur développe ensuite différents points relatifs à cette assurance contre la maladie et rend hommage à l'Association médicale mutuelle de la Seine fondée par MM. Lagoguey et Rondeau. Il voudrait qu'il puisse se créer une Société générale de secours mutuels en cas de maladie, idée à laquelle nombre de Sociétés médicales ont donné leur adhésion. Malheureusement cette Société ne peut se faire dans l'Association. Il faudrait pour cela que les Sociétés locales qui ont déjà fondé des Caisses d'assurances contre la maladie arrivassent à se mettre d'accord ; si d'autres Sociétés adoptaient leurs statuts, il faudrait encore qu'une Caisse centrale put être établie dans le but de répartir entre les Associations locales qui en auraient besoin les fonds momentanément disponibles. Alors seulement que toutes ces questions préliminaires auront été résolues, il sera possible de songer à la constitution d'une *Société civile*, analogue à la Société des Gens de lettres.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire un plus grand nombre de citations du rapport si clair et si précis de M. Lereboullet ; nous terminerons par les conclusions suivantes soumises à l'assemblée par le Conseil général.

L'assemblée générale de l'Association des médecins de France :

« Considérant que les Sociétés locales diffèrent d'opinion au sujet des voies et moyens qui permettraient d'étendre et de développer l'œuvre d'assistance confraternelle prévue par les articles 6 et 7 de ses statuts ;

« Qu'un grand nombre d'entre elles refusent formellement d'accepter la création d'une caisse d'assurance mutuelle contre la maladie ;

« Que l'élévation du taux de la cotisation annuelle, ou l'établissement d'une cotisation spéciale et facultative s'imposeraient nécessairement à tous ceux qui voudraient obtenir une indemnité en cas de maladie ;

« Que l'on ne pourrait, sans leur assentiment formel et unanime, exiger de tous les membres de l'association cette cotisation nouvelle;

« Qu'à une très forte majorité les sociétés locales se sont refusées à admettre qu'une modification quelconque soit apportée aux statuts actuels de l'association ;

« Qu'elles s'opposent également à toute mesure qui pourrait avoir pour résultat d'entraver le fonctionnement régulier des œuvres dont l'Association a pu jusqu'à ce jour assurer la prospérité et le développement progressif ;

« Après avoir pris connaissance des conclusions adoptées dans les dernières assemblées des sociétés locales :

« Déclare qu'il lui paraît *actuellement* impossible de voter une résolution quelconque rendant pratiques et immédiatement applicables les vœux relatifs à l'assurance mutuelle contre la maladie ou à la création d'une caisse spéciale destinée à assurer une indemnité de droit en cas de maladie. »

Un membre demande l'ajournement de la discussion de ce rapport pour permettre aux sociétés locales d'étudier cette question. M. Lereboullet est de cet avis. M. Pitres (Bordeaux) regrette que les conclusions émises par le rapporteur ne soient pas en rapport avec les prémisses. Il y a, dit-il, un grand courant parmi les médecins pour fonder des sociétés donnant à leurs confrères une indemnité en cas de maladie; puis, après nous avoir démontré tous les avantages de ce mouvement, le rapporteur nous déclare qu'à l'heure actuelle il n'est pas possible de résoudre la question et il propose de renvoyer la discussion à un avenir éloigné. M. Pitres demande qu'on s'inspire des statuts de la Société de la Gironde, fondée sur les principes suivants :

1° La Caisse de secours mutuels doit être fondée par les seuls membres de l'Association ; — 2° Tous les membres de l'Association ne sont pas obligés d'en faire partie ; — 3° La caisse de l'assurance est indépendante de celle de l'Association.

Rien de plus simple que cette organisation qui ressemble à une assurance contre l'incendie et qui, en cas de non réussite, n'entraînerait pas la ruine de l'Association, les deux caisses étant indépendantes. Il termine en demandant que la question reste à l'ordre du jour. M. Cousyn veut qu'on double la cotisation, ce qui

*

amènerait facilement chaque année 100,000 francs dans la caisse de secours. M. Lereboullet dit que le Conseil général ne peut proposer cette augmentation. M. Brouardel est d'avis que le rapport de M. Lereboullet soit envoyé aux Sociétés locales qui, après l'avoir étudié à fond, enverraient ensuite leur avis. M. Rouillet trouve qu'il serait bon de dresser un questionnaire. M. Cézilly estime que le Conseil général nomme une Commission pour étudier cette question et que cette Commission provoque les avis des Sociétés locales. M. Lereboullet pense qu'il vaut mieux avoir d'abord l'avis des Sociétés locales. M. Lande (Bordeaux) appuie la demande de M. Cézilly. M. Lereboullet répond qu'il faudrait pour cela créer une Société financière et que tous ceux qui ont tenté une œuvre de ce genre ont échoué, les risques de maladie étant plus nombreux que les risques d'incendie. Après s'être renseigné auprès de Compagnies d'assurances, aucune, dit-il, ne veut se charger d'assurances de cette nature. Elles veulent bien assurer contre les accidents, mais ne veulent pas s'occuper des maladies. Au reste, dit-il, l'Association ne peut pas prendre la responsabilité de créer une pareille Société et le Conseil général ne peut pas s'en charger. A ces mots un léger tumulte se produit. M. Lande interpelle M. Lereboullet en lui disant : « Vous préludez la question ; attendez ce que dira la Commission ! » M. le président met aux voix la clôture ; de divers côtés, on lui répond qu'il faut nommer une Commission. M. Cézilly se lève et demande la parole. M. H. Roger répond que la discussion est close. — « Alors, s'écrie M. Cézilly, je demande la parole contre la clôture ! » Une petite discussion s'engage entre M. Roger et M. Cézilly. Finalement ce dernier a la parole et demande au président de soumettre au vote de l'assemblée la nomination d'une Commission formée parmi les membres du Conseil général, devant laquelle seront appelés, à titre consultatif, tous les médecins qui se sont occupés particulièrement de la question. M. Horteloup lit ensuite les vœux reçus par le Conseil général, au nombre de dix. Un seul, celui de la Société des Landes, est pris en considération. En voici le détail :

1° L'Association générale est invitée à mettre à l'étude, au sein du Conseil général, la question des changements, des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale ; 2° que, une fois son étude terminée, elle en saisisse les pouvoirs publics en leur demandant, au nom du Corps médical français, que le projet du code d'instruction criminelle, qui organise, sur de nouvelles bases, la pratique de la médecine légale, soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement.

L'Assemblée procède ensuite à l'élection d'un membre du Conseil général en remplacement de M. Lannelongue, élu vice-président. M. Millard, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé. M. Leroux (de Versailles) est élu membre du Conseil en remplacement de M. Pénard (de Versailles), nommé membre honoraire. Les six autres membres du Conseil sont réélus.

A la suite de ces votes, la trente et unième séance de l'Assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a été levée. Albin ROUSSELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 *avril* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. R. LÉPINE signale *la présence normale, dans le chyle, d'un ferment destructeur du sucre.* — On sait que von Mering et Minkowski ont provoqué du diabète chez le chien en extirpant complètement le pancréas : ces auteurs attribuent ce diabète à la suppression d'une fonction pancréatique jusqu'ici inconnue. M. Lépine l'attribue à l'absence dans le sang d'une quantité suffisante de ferment destructeur du glucose, ferment provenant sans doute du pancréas et résorbé à l'état normal d'une manière plus ou moins continue. La résorption se fait, pour une grande part au moins, par la voie des lymphatiques. Si, en effet, à une chienne rendue glycosurique par l'ablation totale du pancréas, on fait une injection intra-veineuse de chyle recueilli dans le canal thoracique d'un chien normal, on voit la glycosurie disparaître à peu près complètement pour reparaître ensuite. D'autre part, MM. Lépine et Barral ont constaté que le chyle d'un chien en digestion, ajouté à une solution de glucose, fait baisser le titre de cette dernière. Le chyle renferme donc un principe destructeur du glucose: il paraît certain que ce ferment provient du pancréas. La fonction de ce dernier organe ne consisterait pas seulement à verser dans l'intestin des ferments digestifs, mais il lui incombe aussi de pourvoir l'économie d'un ferment indispensable à la destruction normale du glucose. Dans un grand nombre de cas de diabète, ce ferment fait probablement défaut ou est insuffisant. Si l'on stimule par la pilocapine la sécrétion pancréatique chez un diabétique, on constate une diminution de la glycosurie. Paul LOYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 *avril* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. DOLÉRIS fait une communication sur le *traitement de la métrite du corps et de la métrite du col.* Le traitement de la métrite par une opération unique est un objectif illusoire. Les lésions complexes comprises sous le nom de métrite réclament une thérapeutique spéciale. Il faut d'abord distinguer la métrite du corps et celle du col. La dilatation du col, qui peut être négligeable pour le corps de l'utérus, est indispensable pour le traitement de la métrite du col, et prépare à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas seulement, car dans les métrites invétérées on échoue plus souvent qu'on ne réussit. Dès lors, il faut recourir à l'abrasion de la muqueuse du col au bistouri. Une autre cause d'échec de curage est la déviation de la matrice. On ne saurait rendre le curage passible de ces insuccès, non plus que lorsqu'il s'agit de lésions des annexes, le curage n'ayant d'effet immédiat que sur la muqueuse. Quant aux cautérisations violentes par le cautère ou les caustiques, elles ne sauraient être comparées au curage, car le but dans le traitement doit être avant tout la conservation et la restauration de l'organe, et non sa destruction.

M. ROCHARD lit un rapport sur le *travail de nuit des femmes dans les usines et ateliers*, rapport demandé par le président de la commission de la Chambre chargée de l'examen de cette question. La demande portait sur les conséquences que pourraient avoir sur la santé des femmes une loi qui les autoriserait à travailler la nuit.

La conclusion du rapport est la suivante qui a été adoptée : « Une loi qui autoriserait les femmes à travailler la nuit dans les manufactures, usines et ateliers, aurait pour leur santé les conséquences les plus désastreuses. »

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 Avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. JOFFROY, à l'occasion du procès-verbal, communique ses conclusions sur les *rapports de la folie avec la maladie de Basedow*. 1° Les troubles psychiques de la maladie de Basedow peuvent prendre une intensité telle qu'ils revêtent l'aspect de la folie ou de la mélancolie. Ils sont cependant symptomatiques du goître exophthalmique. 2° Ils peuvent se développer chez des malades atteints antérieurement de folie. Alors ils ne sont pas symptomatiques de la maladie de Basedow, mais de l'état psychique antérieur. 3° Chez les prédisposés, la maladie de Basedow se complique facilement d'accidents d'aliénation, qui, sans être symptomatiques de la maladie, lui appartiennent cependant parce que c'est elle qui réveille la prédisposition. Il cite à l'appui de cette conclusion l'histoire d'une malade de 25 ans atteinte de tachycardie, de goître, avec légère exophthalmie et d'insomnie. Très nerveuse, très impressionnable, elle présente souvent, sans causes manifestes, des syncopes, de la dyspnée, de l'ovaralgie. En somme, elle est hystérique à un léger degré. Il y a quelques années, elle éprouve, à la suite d'une grande frayeur causée par la vue d'un chien enragé, des cauchemars qui disparaissent au bout d'un certain temps Puis après une période de santé, survient le goître exophthalmique. Alors les cauchemars se reproduisent, même lorsque la malade est éveillée, avec de véritables hallucinations de la vue. Bien que la malade reprenne conscience au bout de quelques minutes et se rende compte qu'elle est le jouet d'une illusion, elle continue à voir le chien objet de sa frayeur. A cette hallucination il s'en est joint d'autres : au milieu de la nuit il semble à la malade que sa chambre est éclairée par une lumière pâle analogue à celle du jour naissant. D'autres fois elle aperçoit un homme qui vient par la fenêtre pour voler ; mais bientôt elle se rend compte que ce sont là des hallucinations et elle reprend conscience. Le premier cauchemar était certainement de nature hystérique. L'hystérie a laissé un germe que la maladie de Basedow a réveillé, augmenté et fait sien. Dans ces cas, les troubles appartiennent donc à la fois à l'hystérie et à la maladie de Basedow. Il en est d'autres où l'hystérie semble aggravée par le goître exophthalmique.

M. SÉGLAS partage l'opinion de M. Joffroy. La maladie de Graves peut servir de cause occasionnelle au développement de manifestations de prédisposition. Il cite le cas d'une femme atteinte de cette affection, qui vit une hallucination, d'abord intermittente, persister ensuite pendant 15 jours et s'accompagner d'un véritable délire.

M. FERRAND, ne pouvant assister à la séance, envoie une note au sujet de la malade dont il a parlé dans la précédente séance, pour établir qu'elle avait non pas de l'hystérie vraie, mais seulement de l'hystéricisme.

M. DUMONTPALLIER demande si, dans l'hystérie, l'atrophie musculaire peut se produire sur d'autres muscles que ceux qui sont contracturés. Il croit que dans ces cas l'atrophie est due à un trouble réflexe et ne tient pas à l'immobilisation.

M. JOFFROY partage les vues de M. DUMONTPALLIER, il a vu, dans des cas de contracture hystérique simulant la coxalgie, l'atrophie porter spécialement sur le triceps. Dans un cas où la faradisation ne produisait pas de réaction, la malade avait été immobilisée.

M. HERVIEUX dépose sur le bureau de la Société son *Rapport général sur les vaccinations et revaccinations en France et aux colonies en* 1888.

M. SÉGLAS communique un cas de *folie du doute simulant la crampe des écrivains*. Il s'agit d'un malade atteint d'obsessions avec conscience, qui se plaint de ne plus pouvoir écrire à cause de la fatigue que cela lui donne. C'est un garçon de 19 ans, pâle, sans difformités. Depuis quelque temps, insomnie, difficulté de fixer l'attention. A l'âge de 6 à 8 ans, peurs, le malade se promenait la nuit sans s'en apercevoir. Plus tard, incertitudes ; à 14 ans, onanisme pendant 3 ans. Depuis, le malade ne s'y livre plus volontairement, mais il est obligé de s'attacher les mains la nuit pour éviter des attouchements involontaires. En même temps palpitations, éblouissements, premiers troubles de l'écriture. En janvier 1888, scrupules d'argent, crainte de léser les intérêts des gens, de leur faire du mal. Intentions de rembourser jamais réalisées, scrupules dangereux. Il a peur pour les gens et pour lui. Pas d'agoraphobie. Les premiers troubles de l'écriture remontent à 4 ans. D'abord il trouve qu'il écrit moins bien et cherche à perfectionner son écriture. Il n'y gagne que de la fatigue et de l'ennui. Son écriture devenant de plus en plus mauvaise, il prend la résolution de ne plus écrire ; mais lorsqu'on lui fait tracer des lettres, bien qu'il accuse de la fatigue, il continue longtemps sans que les lettres se modifient sensiblement. Il n'a donc pas, en réalité, de crampe des écrivains. La fatigue qu'il ressent tient ou aux changements de position trop fréquents de la main, ou à des phénomènes réactionnels déterminés par les idées du malade. Dans les cas de ce genre on peut faire le diagnostic par l'examen complet du malade.

M. JOFFROY cite un cas analogue chez un individu atteint de folie du doute qui, ayant un voisin atteint de crampe des écrivains, en vint à se figurer qu'il avait la même maladie. Comme le malade de M. Seglas, malgré la douleur qu'il accusait, il écrivait bien.

M. TALAMON fait une communication sur le *traitement des pustules varioliques par les pulvérisations éthérées de sublimé*. — Les médications internes préconisées jusqu'ici n'ont jamais donné de résultats favorables. Un essai fait avec le salol par l'orateur n'a pas été meilleur, il a donné 42 0/0 de mortalité. Partant de cette idée que la pustule est due à son origine à l'action du germe de la variole sur les cellules de la couche profonde de Malpighi, il pense que les pustules avorteront si on vient à aseptiser complètement la peau avant toute éruption. Guidé par cette idée, il a essayé les pulvérisations éthérées d'une substance antiseptique à l'aide de l'appareil de Richardson.

Les pulvérisations éthérées ont l'avantage: 1° de répartir plus également, sur les surfaces atteintes, la substance pulvérisée; 2° de la faire pénétrer plus profondément dans les couches superficielles des pustules et dans les interstices des cellules épidermiques ; 3° par l'évaporation rapide de l'éther, de laisser au contact de la peau une plus grande quantité du produit pulvérisé que les solutions aqueuses qui ont en outre l'inconvénient d'inonder le lit du malade. L'orateur a fait des essais avec les 4 substances suivantes :

1° Pulvérisations de tannin. — Résultats mauvais. — Inconvénients comparables à ceux des badigeonnages de collodion, dont les conséquences sont, en général, déplorables ; 2° Pulvérisations d'iodoforme. — Cinq parties d'éther et une d'iodoforme comme solution. Trois à quatre pulvérisations par jour. — Résultats assez satisfaisants, bien moins bons qu'avec le sublimé, mais supérieurs à ceux du salol. 3° Pulvérisations de salol. — Solution au cinquième. — Trois à quatre pulvérisations par jour. — Elles calment rapidement la douleur et font disparaître le gonflement de la face. — Les pustules se transforment rapidement en croûtes mélicériques, jaunes, molles, faciles à détacher, dont les cicatrices sont peu apparentes. L'odeur aromatique du salol et l'atténuation de la tension douloureuse de la face, rendent ces pulvérisations particulièrement agréables aux malades. Malheureusement, les résultats ne sont satisfaisants que dans les formes légères et abondantes de la variole. Déjà ils sont moins marqués dans les cohérentes, et leurs effets sont presque nuls dans les cohérentes-confluentes où l'inflammation suppurative du derme est plus profonde; 4° Pulvérisations de sublimé. — Elles ont été faites avec une solution éthérée au cinquantième, dont voici la formule exacte :

Acide citrique ou tartrique. } Sublimé . . . . }	ãã 1 gramme.
Alcool à 90°.	5 centimètres cubes.
Ether.	Q. S. pour faire 50 cent. cubes.

L'addition d'acide tartrique ou citrique favorise, dit-on, l'action antiseptique du bichlorure de mercure.

Ces pulvérisations étaient faites trois ou quatre fois par jour. On les continuait jusqu'à l'entière dessication des pustules.

Il est difficile de préciser la durée que doit avoir chaque pulvérisation. Il y a là un tour de main à acquérir. Il faut qu'elles soient suffisantes pour qu'on voit blanchir la surface des pustules et de la peau sous les couches du sublimé déposé ; mais il ne faut pas les prolonger trop longtemps. On produirait une vésication douloureuse avec formation de larges phlyctènes.

Du reste, la susceptibilité individuelle et l'action irritante du sublimé sont très variables.

En général, plus grands sont les intervalles de peau saine qui séparent les pustules et plus la susceptibilité cutanée à l'action du sublimé est prononcée. C'est donc une raison de préférer les pulvérisations au salol dans les formes légères et peu abondantes.

Dans les formes cohérentes et dans les cohérentes-confluentes, quand les pustules sont serrées les unes contre les autres, la vésication n'est pas à craindre et ne se produit pas.

D'ordinaire, le contact du sublimé est très bien toléré. Quand la pulvérisation est bien faite — et il ne faut pas plus d'une minute pour couvrir la peau de la couche blanche nécessaire — c'est à peine si les malades accusent une sensation de cuisson qui s'accompagne d'une rougeur plus ou moins vive de la peau.

Vers la fin de notre année de service à l'hôpital de varioleux d'Aubervilliers, nous avons ajouté aux pulvérisations des badigeonnages de glycérolé de sublimé au 1/15e, de manière à maintenir exactement la peau sous une couche antiseptique à l'abri des germes extérieurs. Même dans ces conditions, malgré la forte proportion de sublimé qui reste en permanence au contact de la peau, nous n'avons jamais observé d'accidents de mercurialisation et la salivation ne nous a pas paru plus considérable. On est donc autorisé à penser que le sublimé n'est pas absorbé et que son action ne dépasse pas les couches superficielles du derme.

Pendant les pulvérisations, on protège les yeux en les recouvrant d'un tampon de ouate trempé dans une solution saturée d'acide borique.

Dans les varioles confluentes primitives et dans les confluentes hémorrhagiques, les pulvérisations n'ont aucune action utile. On voit, il est vrai, se dessécher les couches superficielles de l'épiderme ; mais au-dessous de cette couche, la suppuration continue à se faire dans la profondeur du derme et l'évolution locale de ces formes fatales n'est pas plus modifiée par le traitement externe que l'évolution générale par le traitement interne.

Dans les formes moyennes, plus tôt les pulvérisations peuvent être commencées, meilleurs et plus prompts sont les résultats. Même quand la suppuration est déjà commencée on la voit s'atténuer ou se limiter.

Dans les varioles cohérentes-confluentes, la plupart des vésicopustules sont arrêtées dans leur évolution. L'avortement se produit surtout sur les joues et le menton. La confluence se fait souvent, malgré tout, au front et sur le nez.

Dans les cohérentes et les abondantes, l'avortement papuleux est général.

Relativement à l'influence des pulvérisations sur les cicatrices de la variole, voici ce qu'on observe :

Les cicatrices dites vermiculées — les plus graves, celles qui déforment le plus profondément les traits — ne se montrent pas. On évite donc la face en écumoir. La croûte et les squames tombés, la peau reprend progressivement son aspect et sa coloration normale. Cependant, dans les formes cohérentes-confluentes, il reste des cicatrices, mais elles appartiennent à la forme la moins grave, la forme *ponctuée*. Les cicatrices en cupules peuvent encore s'observer, mais toujours très discrètes et jamais assez rapprochées pour rappeler la face en écumoire.

Quant aux cicatrices vermiculées, fissurées, qui déforment le visage, nous n'en avons jamais constaté après l'emploi des pulvérisations de sublimé.

Il faut dire, cependant, que le bénéfice des pulvérisations est souvent en grande partie perdu par l'indocilité des malades qui, malgré toutes les précautions prises et les avertissements donnés, arrachent les croûtes avec leurs ongles dans l'espérance d'être plus vite guéris. On voit alors se former des ulcérations saignantes et des végétations exubérantes, surtout au niveau du nez, qui aboutissent à des cicatrices irrégulières et difformes.

Quant au manuel des pulvérisations, il peut être formulé ainsi :

Si l'éruption est au premier ou au second jour, on commencera par faire un vigoureux savonnage de toute la face, qu'on rincera ensuite avec de l'eau boriquée et qu'on essuiera avec de la ouate hydrophile. Au troisième jour ce savonnage est inutile.

On fera ensuite une pulvérisation de la solution au cinquantième de sublimé, de manière à blanchir légèrement toute la surface du visage, en prolongeant plus longtemps le jet sur les parties où les pustules paraissent devoir être plus abondantes et plus serrées. La durée totale de la pulvérisation doit atteindre à peine une minute.

Un quart d'heure après, on recouvrira la figure d'une couche de glycérolé de sublimé au quinzième, au moyen d'un tampon de ouate dont on frictionnera assez vigoureusement la peau.

On répétera les pulvérisations et les badigeonnages trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, les deux ou trois premiers jours, suivant l'intensité des cas et les résultats obtenus.

A partir du quatrième jour, il suffit, en général, de faire deux pulvérisations quotidiennes, mais les badigeonnages doivent toujours être faits au moins quatre fois par jour, de manière à maintenir certainement les pustules à l'abri des germes extérieurs.

D'ordinaire, on peut cesser les pulvérisations vers le sixième jour ou le septième, et se borner aux badigeonnages, mais il n'y a aucun inconvénient à continuer les pulvérisations.

Quand les croûtes sont détachées, on remplace le glycérolé au sublimé par de la vaseline salolée ou boriquée.

A ces pulvérisations nous avons joint dans les formes cohérentes, cohérentes-confluentes et dans les formes graves, les bains tièdes généraux au sublimé (30 grammes de sublimé pour un bain ordinaire) prolongé pendant trois quarts d'heure ou une heure. Ces bains ne nous ont pas paru avoir une action bien marquée sur les pustules du corps ; par contre, il nous a semblé que les abcès multiples si fréquents dans les convalescences étaient plus rares chez les malades ainsi traités.

Après la dessication les malades prenaient tous les jours ou tous les deux jours des grands bains boriqués.

Quand l'éruption était très abondante aux mains et aux avant-bras, nous prescrivions des bains locaux tièdes d'eau boriquée saturée, puis le membre était enveloppé de compresses de tarlatane imbibées de la même solution saturée ou d'alcool camphré et recouverte d'une feuille de taffetas gommé.

Les yeux étaient lavés souvent avec de l'eau boriquée très chaude et recouverts de tampons de ouate ou de compresses trempées dans le même liquide boriqué.

Enfin l'éruption de la bouche et de la gorge était traitée au moyen de lavages et de gargarismes antiseptiques répétés. En outre, nous faisions badigeonner toutes les deux heures la muqueuse avec une solution formée de parties égales de glycérine et de salol.

On peut se demander si ce traitement local de la variole, aidé du seul traitement tonique à l'intérieur, a eu quelque influence sur l'évolution même de la maladie et sur le taux de la mortalité.

Il n'en a eu certainement aucune sur les formes graves, pas plus, du reste, que toutes les autres médications successivement proposées. Mais pour les formes moyennes, il me semble qu'on peut lui attribuer une certaine efficacité.

Ainsi, avant ce traitement, 262 varioleux nous ont donné 49 décès ; mortalité : 18,7 0/0. Depuis l'emploi des pulvérisations 726 varioleux nous ont donné 92 morts ; mortalité : 12,6 0/0.

Au point de vue des formes de la maladie, les formes moyennes, sur lesquelles seules peut se faire l'épreuve d'une médication, nous ont donné les résultats suivants :

Avec les pulvérisations : 311 cas ; 47 morts, mortalité 15 0/0.
Avant les pulvérisations : 41 cas ; 17 morts, mortalité 42 0/0.

Enfin, tandis que pour ces formes moyennes non traitées par les pulvérisations, la mortalité chez les vaccinés était de 47 0/0 et chez les non-vaccinés de 60 0/0, la mortalité tombe, pendant l'emploi des pulvérisations, à 41 0/0 chez les non-vaccinés, et 9 0/0 chez les vaccinés.

M. Sevestre cite deux faits qui confirment les observations de M. Talamon. Ces deux malades avaient pris des bains de sublimé, l'éruption avait en quelque sorte avorté.

M. Du Castel rappelle que la médication éthéro-opiacée a donné de bons résultats et qu'elle compte encore aujourd'hui des défenseurs autorisés tant à Paris qu'en province. Pour donner de bons résultats, elle doit être appliquée de bonne heure. Elle semble arrêter la suppuration de la variole.

M. Talamon n'a pas expérimenté la méthode de M. Du Castel.

M. Comby présente des *concrétions crétacées rendues par une femme pendant des quintes de toux.*

Cette femme, qui présentait des signes de congestion pulmonaire et de tuberculose, rendit ces deux calculs à deux périodes différentes. Depuis, amélioration. Les calculs viennent-ils du poumon ou des ganglions lymphatiques ? L'orateur incline à cette dernière opinion. Quant au pronostic à porter sur la maladie, il est difficile à prononcer. La tuberculose dont elle est atteinte est probablement torpide et peut-être curable.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Suite de la discussion sur le traitement de l'ectopie testiculaire.

M. Lucas-Championnière répète que la présence d'un *trousseau fibreux* résistant au pourtour du cordon d'un testicule en ectopie inguinale est un fait qu'il a observé plusieurs fois et qui constitue bien un vice de conformation spécial. Ce trousseau n'a rien de commun avec la vaginale ou le crémaster ; il

doit être complètement détruit. — On fait trop fi de l'orchidopexie en disant que, très souvent, il s'agit d'une opération inutile, puisque les testicules sont incapables de fournir des spermatozoïdes. Oui, certes, les testicules peuvent être inutiles — ce qui n'est pas dans tous les cas ; — mais il n'en faut pas moins les conserver pour d'autres raisons. On n'a pas à les enlever quand on peut faire autrement. D'ailleurs, une fois placés en meilleure situation, ils peuvent se développer ou contribuer au développement de l'individu, momentanément arrêté. Il est convaincu que la remise en place du testicule au fond des bourses peut avoir une influence sur l'état général. D'ailleurs, l'opération fait cesser les douleurs qui existent assez souvent.

Le canal vagino-péritonéal peut certainement ne pas exister ; mais il faut se défier, car il peut passer inaperçu. Aussi est-il très sage de le rechercher avec le plus grand soin. Il faut courir après la hernie, de façon à ne pas la manquer. Il trouve que fixer le cordon est une précaution un peu théorique. Pour fixer le cordon, il faudrait qu'il en reste un. Or, si l'on a bien isolé le testicule, bien détruit le trousseau fibreux dont il vient de parler, le cordon se réduit au canal déférent ; il est donc illusoire de le vouloir fixer.

Chez l'opéré dont M. Monod a parlé dans la dernière séance, et qui vient d'être présenté à la Société, très probablement le testicule remontera ultérieurement, car, dès maintenant, il a une certaine tendance à le faire, et l'opération est récente.

M. Jalaguier a revu ces temps derniers les deux opérés d'orchidopexie dont il a parlé il y a un an à la Société. Le résultat s'est maintenu. La cure radicale des hernies est réelle (port d'un bandage) ; mais les testicules n'ont pas augmenté de volume. M. Jalaguier rappelle que la fixation du cordon au pilier inguinal a été faite pour la première fois par M. Tuffier en décembre 1889.

De la cholécystentérostomie.

M. Tillaux rapporte le cas de cholécystentérostomie dont il a parlé dans la dernière séance.

Homme de 38 ans, venant du service de M. Bucquoy, avec le diagnostic d'obstruction des voies biliaires. Malade depuis 20 mois, atteint d'ictère, sans coliques hépatiques, sans douleurs, doué d'un assez bon appétit ; cet homme entre le 13 janvier 1890 à l'hôpital. Depuis 3 mois seulement des douleurs sont survenues ; elles siègent dans l'hypochondre droit. Depuis 20 jours, elles sont devenues absolument intolérables et constantes. Teinte verte généralisée ; urines véritablement noires ; selles très décolorées, comme du plâtre. Dans l'hypochondre droit, tumeur grosse comme la tête d'un enfant débordant l'ombilic, très douloureuse au toucher. C'est la vésicule biliaire. Diagnostic : *Obstruction du cholédoque avec distension énorme de la vésicule biliaire.*

M. Chaput et M. Tillaux procèdent à l'opération : Ouverture de l'abdomen ; ponction de la vésicule qui est vidée, attirée au dehors et évacuée complètement. Pas de calcul. Contenu blanchâtre. Ne sachant pas si le canal cystique était perméable, — partant s'il y avait lieu de faire la cholécystentérostomie (1), — MM. Chaput et Tillaux fixent la vésicule biliaire et une anse d'intestin grêle à la paroi abdominale en les accolant l'une à l'autre, dans une situation d'attente. 48 heures après l'opération, on eut la notion de la perméabilité du canal cystique, en voyant la bile s'écouler à l'extérieur. On pouvait donc dès lors anastomoser l'intestin à la vésicule. Au cours de la cholécystotomie, M. Tillaux remarqua que la vésicule saignait beaucoup ; il insiste sur l'abondance des hémorrhagies dans les maladies du foie et sur le bénéfice que le malade retira de suite de son opération, car les douleurs disparurent complètement (2). Le 8e jour, quand les adhérences de la vésicule à l'intestin grêle et à la paroi furent solides, quand une sorte de mur mitoyen fut ainsi bâti entre ces 2 organes, M. Tillaux établit une communication entre eux deux, à la manière de Dupuytren dans l'entérotomie, à l'aide d'une pince à pression. La pince tomba le 7e jour et, à la place de l'eschare qu'elle détermina, il y eut un véritable anus contre nature. Dans un 3e temps, M. Tillaux essaya de combler cet anus, mais il eut beaucoup de peine à y parvenir.

(1) Voir la note 2 de la colonne suivante.

(2) Le bénéfice immédiat de l'opération nous semble tout à fait comparable à celui qu'on observe dans les *gastroentérostomies* pour rétrécissement du pylore. L'année dernière, à Bale, M. le Pr Socin insista devant nous, d'une façon toute spéciale, sur le bien-être qu'éprouvent les opérés chez lesquels on a établi ainsi un canal de dérivation, qu'il y ait obstruction soit des voies biliaires, soit du tube digestif. (M. B.).

Un mois après l'opération, le malade mourut, succombant à la cachexie. A l'autopsie, on trouva un *cancer de la tête du pancréas* généralisé au foie.

L'opération, en tous cas, avait parfaitement permis le rétablissement du cours de la bile.

M. Le Dentu complète l'histoire de son opérée de *cholécystotomie*, dont il a parlé à la séance du 13 mars dernier. Sa malade avait un rein mobile et des phénomènes hépatiques. Il trouva une vésicule petite avec un calcul dans le canal cystique, assez enclavé. A l'aide d'une spatule, il parvint cependant à le dégager. Vomissements de bile abondants. Il fixa la vésicule à la paroi. Cette malade, hystérique, eut à un moment donné des spasmes du cholédoque et la bile ne passa plus dans l'intestin. Quatre grammes de bromure de potassium les firent cesser. Guérison sans fistule biliaire.

M. Terrier. — Le cas de M. Tillaux représente la 2me opération de cholécystentérostomie faite en France ; mais, à son propos, il doit faire quelques remarques, les unes d'ordre pathologique, les autres relevant de la médecine opératoire. Placé dans des conditions identiques, M. Terrier ne se demanda pas si le canal cystique était perméable, se basant sur ce seul fait que la vésicule était très distendue par de la bile (1). Si la bile pouvait refluer dans la vésicule, il fallait bien que ce canal fût perméable. — En second lieu, M. Terrier est d'avis que chez de tels malades, qui sont cachectiques ou du moins qui ont une santé très altérée, il vaut mieux ne faire qu'une seule opération. Et toutes les fois que le procédé en un seul temps est applicable, il faut le mettre en pratique. La fistule sera faite aussi haut que possible, sur le duodénum, quoi qu'en pense M. Dastre, pour se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques et permettre le mélange de la bile et du suc pancréatique. On sait qu'il a fait cette fistule duodéno-cystique avec succès. D'autre part, la fistule doit être très petite, pour éviter l'entrée des matières intestinales dans la vésicule. Pour M. Terrier, il faut opérer en un seul temps, à la manière de Monastyrki, pour diminuer le traumatisme, éviter l'anus artificiel, etc. Le résultat est plus rapide, plus efficace, en même temps qu'il est plus brillant; ce qui se comprend, si l'on songe qu'il s'agit de malades prédisposés aux hémorrhagies et souvent cachectiques, dont la vie est compromise par des interventions multipliées.

M. Tillaux reconnait qu'il vaut mieux opérer en un seul temps; mais on ne le peut pas toujours, par exemple si la perméabilité du canal cystique est douteuse. Si la vésicule est distendue par du contenu blanc-grisâtre, et non par de la bile, on peut croire à l'oblitération de ce canal, alors qu'il est encore perméable, comme dans son cas. C'est pour cela qu'il vaut mieux faire, dans ces cas où l'on doute de la perméabilité du canal cystique, une opération d'attente (cholécystotomie avec accolement d'une anse intestinale), afin de voir, par l'écoulement ultérieur de la bile, si le canal cystique est bien réellement perméable (2).— L'orifice qu'il a créé, en procédant

(1) Kappeler (de Munsterlingen) fit le même raisonnement. (M.B.).

(2) L'argument de M. Tillaux n'a pas *en pratique*, il s'en faut de beaucoup, la valeur qu'il semble avoir à première vue, *en théorie*. Nous ne voulons pas discuter ici ce point. Rappelons seulement que notre ami H. Delagénière a démontré que la cholécystentérostomie est *parfaitement indiquée, même dans les cas d'oblitération du canal cystique*, ce qui parait tout d'abord assez difficile à admettre. En effet elle est, *statistique en mains, moins dangereuse que la cholécystectomie*, seule opération à faire dans le cas d'imperméabilité de ce canal, et aussi peu grave que la cholécystotomie. — A notre avis, dans les cas d'obstruction du cholédoque, où l'on doute de la perméabilité du canal cystique, il vaut mieux faire de suite la cholécystentérostomie. En effet, si le canal cystique est perméable ou le devient plus tard, tout est pour le mieux ; s'il ne l'est pas, ce qui est très rare (de par les observations publiées), on n'aura pas la *fistule muco-purulente* intarissable, conséquence inévitable de la cholécystotomie préalable. Nous renvoyons d'ailleurs nos lecteurs, désireux d'être convaincus, au consciencieux travail de notre collègue de Bichat. Dans l'analyse que nous avons faite de cette thèse dans le *Progrès*, nous avons attiré l'attention d'une façon spéciale sur les nouvelles indications de la cholécystentérostomie, en dehors de l'obstruction du cholédoque et de la fistule biliaire. — Récemment Blattmann a fait une cholécystentérostomie (*Corresp. für Schw. Aerzte*, 1890) ; c'est le 9e cas connu. Marc. B.

comme il l'a fait, était assez petit, du calibre d'un crayon; la grandeur de la communication n'a peut-être pas toute l'importance que M. Terrier semble lui accorder.

M. PAMARD (Avignon) montre un *corps étranger extrait de la vessie d'une femme*, et ayant déterminé des lésions spéciales. Le corps étranger avait perforé la cloison vésico-vaginale. Quand on le retira par cette brèche, on trouva un *crayon de 14 cent.* de long, dont la partie pointue était dirigée en haut et dont l'autre extrémité, dans une étendue de 6 cent., était recouverte par un calcul de la grosseur d'une grosse noix. La partie supérieure du crayon était certainement logée dans la cavité péritonéale. A un moment donné, il y avait donc eu plaie de la vessie. Ce fait prouve une fois de plus que l'urine normale est aseptique, puisqu'il n'y a pas eu de péritonite septique. Cette femme mourut de l'influenza; elle était phtisique. A l'autopsie on constata l'existence d'une sorte de canal partant de la paroi vésicale et creusé dans une bride celluleuse allant de la vessie à une anse de l'intestin grêle, sans pénétrer dans la cavité intestinale. Le canal se poursuivait un instant entre la tunique musculeuse et la séreuse de l'intestin, et venait aboutir en cul-de-sac sur la face antérieure du cæcum. Le reste de la cavité péritonéale était parfaitement normal; les adhérences péritonéales s'étaient établies d'une façon absolument aseptique.

M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) fait une communication sur les *accidents locaux dûs à la cocaïne*. Dans un cas, il a observé des troubles trophiques (effritement des tissus) au niveau des piqûres, après l'emploi d'une demi-seringue d'une solution au vingtième; dans un autre (phimosis), après avoir injecté une seringue entière de la même solution, une gangrène bronzée, localisée de la verge. Il se demande si, dans ce dernier cas, la gangrène n'est pas due à la forn ation d'un caillot par injection de cocaïne dans une veine. Les précautions antiseptiques habituelles avaient, affirme M. Bousquet, été prises.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

2e Séance du 11 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. HARDY et ROLLET (1).

M. SEVESTRE présente un petit malade qu'il considère comme atteint de cette forme de *tuberculose cutanée* à laquelle Riehl a donné le nom de tuberculose verruqueuse. Les lésions sont disséminées sur les mains, les poignets, les pieds, le cou; on a trouvé dans l'une d'elles quelques rares bacilles tuberculeux. M. Sevestre pense que cet enfant scrofuleux s'est inoculé la tuberculose. Chez une autre enfant il y avait une lésion osseuse primitive (spina ventosa) et autour d'elle se sont produits des placards tuberculeux de même ordre que ceux de son premier malade.

M, BESNIER est d'avis qu'il s'agit ici de la scrofulide maligne de Bazin, affection bien connue à l'hôpital Saint-Louis et qui est une lésion scrofulo-tuberculeuse de la peau. Cette affection n'est pas la tuberculose verruqueuse de Riehl qui n'est elle-même qu'une variété de tubercule anatomique ou encore une tuberculose scléreuse de la peau, le lupus scléreux de M. Vidal. Sous le rapport thérapeutique il ne faudrait pas trop compter sur la médication interne non plus que sur les injections sous-cutanées. Il importe ici de détruire la lésion locale et c'est par le feu qu'il faut l'attaquer. L'acide lactique, qui réussit très bien dans les lésions tuberculeuses ulcérées, ne pourrait être employé dans ces cas où l'ulcération n'existe pas.

M. HARDY dit qu'autrefois ce malade aurait été considéré comme un scrofuleux atteint de lupus; ce n'est pas là en tous cas un exemple de la tuberculose cutanée verruqueuse, telle que l'entend M. Vidal. Il prescrirait à ce malade une médication interne puisqu'il faut tenir compte de la maladie générale. Contre ces manifestations scrofuleuses, les eaux chlorurées sodiques et le chlorure de sodium à un ou deux grammes par jour sont une excellente méthode thérapeutique.

M. VIDAL. — Cette lésion peut être considérée comme une tuberculose cutanée chez un sujet scrofuleux. J'admets parfaitement la nature spécifique de ces formes tandis que je fais des réserves au sujet de la nature tuberculeuse de quelques formes que l'on considère comme des exemples de tuberculose de la peau. Comme traitement, il est nécessaire de détruire, par la cautérisation notamment, les foyers locaux d'infection.

M. HALLOPEAU fait une communication sur un *cas de lichen en nappe et sur la transformation d'un lichen plan tubéreux*. Le malade avait été soigné il y a 5 ans pour un lichen plan typique. Ce lichen a récidivé il y a trois mois sous une forme différente et non décrite. Ce sont des plaques, les unes jaunâtres, les autres rouges et, au dire du malade, ces plaques peuvent se transformer en papules habituelles, fait qu'on ne pourrait certes pas soupçonner. Aux nombreuses variétés de lichen il faut donc ajouter cette forme que M. Hallopeau propose d'appeler le lichen plan en nappe.

M VIDAL a observé un cas semblable de cette forme non encore classée. Le malade présentait plusieurs larges plaques dans lesquelles la résolution des papules de lichen se faisait par le centre qui s'affaissait en prenant une teinte brunâtre, tandis que les bords restaient surélevés.

M. HALLOPEAU signale une *complication non encore décrite de l'asphyxie locale des extrémités*. C'est une inflammation qui débute par les ongles, s'accompagne d'une tuméfaction du repli sous-unguéal avec suppuration et chute de l'ongle. Fait à signaler : le phénomène du doigt mort épargnait certains doigts, et la dactylite suppurative a épargné ces mêmes doigts. En dehors de ces phénomènes, il se produit des poussées généralisées de dermatite pustuleuse, de petites pustules éphémères se desséchant en 24 heures et suivies d'une desquamation abondante. Ces poussées de bulles, qui se retrouvent jusque dans la cavité buccale, se sont reproduites plusieurs mois. M. Hallopeau pense que les lésions nerveuses de la maladie de Raynaud ont constitué une prédisposition au développement des microbes banals de la peau, d'où ces polydactylites, et que la résorption de ces produits purulents est la cause des poussées de dermatite.

M. QUINQUAUD étudie depuis longtemps *les troubles nutritifs qui sont consécutifs à l'ingestion de l'acide urique*. Au nombre de ceux-ci existent des lésions cutanées. On a depuis longtemps émis l'hypothèse que certains prurigos, des éruptions de lichen ou d'eczéma pouvaient être produits par l'acide urique de l'économie et que cet acide devenait ainsi générateur de certaines affections génériques de la peau. Dans ses expériences sur les animaux, M. Quinquaud a observé les faits suivants : 1° Certains animaux (cobayes, lapins) sont réfractaires et ne présentent pas d'éruptions. 2° Chez le chien il se produit des éruptions. Ce sont d'abord des vésicules qui ne sont jamais agglomérées : elles sont peu suintantes et guérissent rapidement. Elles sont discrètes et ne s'accompagnent d'aucun des phénomènes d'évolution qu'on rapporte à l'eczéma. D'autres fois ce sont des papules toujours disséminées et en petit nombre. Parfois, mais exceptionnellement, l'éruption est pustuleuse. En somme on ne peut reconnaître là les caractères de l'eczéma ni du lichen : jamais il ne se produit une affection générique vraie avec les caractères qu'on leur connaît. Si l'on administre à l'homme 0,25, 0,30 centigr. d'acide urique, on détermine aussi des éruptions diverses; dans les trois quarts des cas ce sont des lésions furonculeuses, de petites pustules coniques cratériformes et, après un certain temps, en général trois semaines, l'éruption disparaît. D'autres fois c'est une éruption érythémateuse et par exception une éruption vésiculeuse ou papuleuse. Là encore les caractères des grandes maladies génériques font défaut. On peut donc conclure qu'à la suite de l'ingestion de l'acide urique il se produit non des maladies de peau mais de simples lésions élémentaires. Mais n'existe-t-il pas chez l'homme des éruptions dont on puisse rattacher la pathogénie à l'acide urique? On voit parfois des rhumatisants nerveux être pris d'une fièvre qui dure 24 ou 36 heures, puis survient une éruption lichénoïde, pustuleuse, érythémateuse, parfois vésiculeuse. En huit jours, tout a disparu : il n'y a pas là les caractères d'une maladie générique et on est embarrassé pour classer ces états morbides. Or chez ces malades l'acide urique diminue dans l'urine au moment de ces poussées cutanées et il augmente dans le sang. Pendant la période fébrile, les reins de ces malades deviennent insuffisants

(1) Voir *Progrès médical*, n° 15, p. 293.

et il se fait une accumulation dans le sang, non seulement de l'urée, mais aussi de l'acide urique.

M. Fournier relate un fait d'*ecthyma infantile simulant un chancre syphilitique*. Il s'agit d'un enfant atteint de deux lésions chancriformes de la région fessière. Elles avaient le diamètre, l'orbicularité, le fond lisse, les bords surélevés, la couleur rouge chair musculaire, la base quelque peu parcheminée de chancre syphilitique, mais il n'y avait pas d'adénopathie. De plus, il existait une série de folliculites sur les membres inférieurs, et certaines d'entre elles, prenant dans la suite l'aspect chancriforme des deux premières lésions, permirent de faire le diagnostic. On voit parfois aussi chez l'adulte de ces folliculites disséminées qui prennent l'aspect ecthymateux au point de simuler le chancre infectant.

M. Du Castel fait une communication *sur les chancres atypiques*. Ils présentent un certain nombre de caractères qui font qu'ils constituent un véritable groupe qu'on pourrait appeler groupe de chancres syphilitiques multiples. Dans une 1re observation, le malade était porteur de 13 chancres. Il y en eut d'abord 3 sur le fourreau et les autres apparurent dans l'espace de huit jours; ils se montrèrent d'autant plus tardivement qu'ils étaient plus éloignés des chancres primitifs. Ils étaient très douloureux et n'avaient que peu de tendance à la cicatrisation. Celle-ci se fit d'abord pour les chancres qui avaient apparu les derniers. Dans une autre observation il y avait 7 chancres qui s'étaient aussi développés en 8 jours. On observe dans ces cas un certain nombre de caractères qui permettent d'en faire une classe à part. Ces phénomènes sont: 1° la multiplicité des chancres; 2° leur développement successif en quelques jours; 3° leur apparition dans un ordre méthodique; 4° les douleurs intenses qu'ils déterminent; 5° leur peu d'étendue; 6° leur tendance à creuser en profondeur; 7° leur bourrelet très accusé; 8° l'induration sous-chancreuse peu développée; 9° la légèreté de l'adénopathie satellite.

M. Mauriac. — Il ne faudrait pas croire que le chancre fût toujours solitaire: on trouve souvent des chancres multiples, soit dans un voisinage immédiat, soit disséminés sur toute la surface du corps. Ils ne sont pas nécessairement simultanés et ils peuvent se développer dans un espace de temps qui, en général, ne dépasse pas 15 jours. Il semble donc que l'organisme jouisse d'une certaine immunité pendant les 20 premiers jours qui suivent l'apparition du premier chancre.

M. Rollet. — Le chancre syphilitique est en effet plus souvent multiple qu'on ne l'a dit. Le chancre mammaire, notamment, est souvent multiple à cause des inoculations qui surviennent du fait de l'enfant avant que l'organisme n'ait acquis cette immunité dont parle M. Mauriac.

M. Barthélemy. — Chez les sujets atteints de gale, les chancres sont souvent multiples par suite du grand nombre des portes d'entrée. Il est intéressant de savoir pendant combien de temps peut se faire cette inoculation successive. Le professeur Pontoppidan, de Copenhague, a montré que l'immunité n'était acquise qu'après 15 ou 18 jours. L'apparition de chancres successifs est, en effet, possible à environ 20 jours d'intervalle.

M. Du Castel rappelle qu'il n'insiste pas sur les inoculations multiples, mais bien plutôt sur la façon dont ces chancres se sont succédé, se développant comme s'ils étaient produits par une infection migratrice lymphatique dans les jours qui suivent l'infection première.

M. Fournier. — Ricord n'a jamais dit, comme on le lui a fait dire, que le chancre syphilitique était toujours unique; il a dit: le plus souvent. Lorsqu'il est multiple, il est habituellement multiple discret: il y en a deux, trois. Le chancre simple est, au contraire, multiple à un haut degré: cinq, six, dix.

M. de Beurmann relate *trois cas de chancre mammaire* chez des femmes qui ont allaité des enfants inconnus. Ces chancres étaient multiples.

M. Fournier. — Ces exemples démontrent une fois de plus la nécessité de l'allaitement par la chèvre ou l'ânesse lorsqu'il s'agit d'enfants dont le père et la mère sont inconnus. Il est impossible, en effet, de dire si un enfant qui est sain aujourd'hui le sera demain, et, dans l'examen le mieux fait, on peut laisser échapper, notamment à la base de la langue, une érosion syphilitique qui infectera la nourrice.

M. Quinquaud fait une communication sur *un nouveau mode de traitement de la syphilis*. Frappé de ce fait que certains malades ne pouvaient pas ou ne voulaient pas se soigner par les méthodes habituelles, M. Quinquaud a cherché un traitement qui n'offrît pas d'inconvénients. Il s'est adressé aux préparations insolubles de mercure et voici la formule à laquelle il s'est rallié.

Emplâtre diachylon.	3000 gr.
Calomel	1000 gr.
Huile de ricin	300 gr.

On étend cet emplâtre de façon à former des bandes dont chaque décimètre carré représente 1 gr. 20 centig. de calomel. On applique un décimètre carré sur la région splénique et on le laisse en place pendant 8 jours: on l'enlève ensuite et on l'applique de nouveau pendant 8 jours, et ainsi de suite. Ce procédé n'est pas empirique; il est basé sur la durée de l'élimination du mercure. Celle-ci, constatée par le procédé de Witz, se fait surtout sentir du 4e au 8e jour. Elle atteint son maximum vers le 10e jour, puis reste stationnaire. Dès le 8e jour, on voit disparaître les syphilides exanthématiques sur lesquelles ce mode de traitement agit avec autant d'efficacité que les autres traitements connus. L'organisme est de ce fait impressionné continuellement par une quantité infinitésimale de mercure ($\frac{1}{20}$ de milligr.) et il est constamment maintenu sous son influence.

M. Humbert fait une communication *sur les fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis*. Ces fistules succèdent aux chancres simples phagédéniques ou sous-préputiens, ou aux syphilomes ulcéreux. Les fistules, d'origine syphilitique, sont les plus fréquentes: elles se produisent ordinairement dans les premiers temps de l'infection. Elles présentent quatre variétés: 1° Fistules de la rainure balano-préputiale; 2° Fistules de la fosse naviculaire; 3° Fistules du pénis; 4° Destruction de toute la portion pénienne de l'urèthre.— Comme traitement, il faut non seulement pratiquer l'occlusion de la fistule, mais aussi chercher à corriger les difformités du pénis.

3e *Séance, 12 avril.* — Présidence de M. Hardy.

M. Barthélemy relate *quelques cas de grippe épidémique accompagnés d'éruptions cutanées symptomatiques*. — Les lésions cutanées qu'il a observées sont de deux ordres: les unes sont des complications banales, des coïncidences passagères, orgeolets, furoncles, anthrax, herpès, bulles purulentes, par exemple; les autres sont des éruptions particulières généralisées, érythèmes morbiliforme ou scarlatiniforme, polymorphes. Il les considère comme relevant du poison grippal et les compare à celles de la variole. Elles disparaissent rapidement sans laisser de traces. Sur 219 cas de grippe, il les a trouvées 14 fois; leur fréquence est donc à peu près aussi grande que dans la variole. Il a observé deux cas d'une forme pityriasiforme et vésiculeuse. La première était développée autour de l'appareil pilo-sébacé, aux doigts, notamment, qui prennent une apparence ansérine: la desquamation était abondante. Dans la seconde, il y avait environ 150 vésicules disséminées sur le cou, la nuque, la partie supérieure du dos. Sur les avant-bras il y avait un érythème papuleux et circiné.

M. Hallopeau présente un petit malade atteint d'une *aplasie moniliforme des cheveux*. C'est une affection rare, décrite par Lailler et Luce, Lesser, Behrend, et qui a été désignée sous les noms de Pili annulati, de Nodositas pilorum. Les cheveux prennent l'aspect d'un chapelet: ils présentent des renflements fusiformes séparés par des espaces sains, d'où l'apparence d'un sablier. Ils cassent à une petite distance de leur émergence. Les parties renflées sont plus foncées que les parties amincies: elles contiennent plus de pigment que ces dernières. A la base des cheveux on voit de petites saillies d'apparence lichénoïde. La substance médullaire du cheveu fait ordinairement défaut. La cause de cette aplasie moniliforme nous échappe. On ne peut admettre, comme le veut Unna, qu'il s'agisse d'un arrêt de développement de la substance médullaire dans les portions rétrécies, puisque cette substance manque aussi dans les parties renflées.

M. Arnozan désirait communiquer une observation analogue; chez son malade la lésion était limitée à la nuque, tandis qu'elle est généralisée chez le malade précédent.

M. VIDAL a vu deux fois cette affection chez des enfants de 4 et 10 ans. La maladie était congénitale. Au Congrès de Londres, en 1881, G. Thin en avait présenté un cas et les membres du Congrès considérèrent cette affection comme congénitale. Kaposi en citait pourtant deux cas survenus dans l'enfance et il rattachait l'affection au lichen pilaire. Cette maladie résulterait, d'après Unna, de troubles nerveux : elle a été confondue par Lesser avec la canitie annelée.

M. BESNIER. — L'état moniliforme des cheveux ne constitue pas une maladie à part : c'est un état morphologique que revêt le cheveu dans plusieurs états morbides. On le trouve notamment dans l'ichthyose pilaire. Or cet enfant présente des signes incontestables de cette ichthyose ou kératose pilaire dont on doit le considérer comme atteint. L'état de ses cheveux est une manifestation de la maladie.

M. BROCQ confirme ce que vient de dire M. Besnier. Les saillies circumpilaires à petits grains rouges, les atrophies et les cicatrices consécutives à l'évolution de la maladie font qu'on doit considérer cet enfant comme atteint de kératose pilaire.

M. ERAUD fait lire *sur les raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque* un travail dont voici les conclusions : 1° Il existe dans le canal uréthral de l'homme à l'état sain un microbe, Staphylococcus urethralis, qui est capable de produire l'uréthrite ; 2° Ce microbe se retrouve toujours avec les mêmes caractères morphologiques et de réaction sur les milieux nutritifs chez l'adolescent, l'enfant, le nouveau-né ; 3° Ce microbe saprophyte présente les mêmes caractères que le microbe trouvé dans l'orchite, la prostatite blennorrhagique, voire le gonocoque lui-même. Il y a donc lieu de supposer, sinon de conclure, que tous ces microbes ne sont qu'un seul et même parasite vivant, en saprophyte, dans l'urèthre normal et capable, sous l'influence de conditions inconnues, de donner lieu à l'infection blennorrhagique.

M. MAURIAC fait une communication *sur un cas grave d'arthropathie blennorrhagique*. Il s'agit d'un malade de 26 ans qui entra pour des douleurs vagues dans les épaules. Ces douleurs devinrent rapidement intenses avec irradiations dans le bras et la main. Du côté gauche, l'arthrite devint bientôt des plus violentes. En 5 jours, le bras avait doublé de volume : le moindre mouvement était intolérable ; à l'exploration, on sentait un bourrelet dur sur l'humérus : la rougeur était intense, au point de simuler un phlegmon ; autour de l'articulation, l'œdème était très prononcé. Le périoste, les parties ligamenteuses étaient en somme enflammées. L'amélioration se fit vers le 15e jour, mais les masses musculaires demeurent atrophiées et il y a de l'ankylose. Cette complication de la blennorrhagie doit donc être considérée comme l'une des plus graves, puisqu'elle peut être suivie d'infirmités et même entraîner la mort.

M. ROLLET. — On pensait autrefois que, lorsque survenait l'arthropathie, l'écoulement diminuait, mais cette opinion est inexacte ainsi qu'en témoigne le fait de M. Mauriac après les cas que j'ai publiés.

M. FOURNIER a étudié l'état de l'écoulement lorsque survient le rhumatisme blennorrhagique. Il n'y a pas de règle : tantôt l'écoulement diminue, tantôt il persiste. On s'attachait autrefois à guérir la blennorrhagie lorsqu'apparaissait le rhumatisme, parce qu'on pensait pouvoir arrêter ce dernier en supprimant sa cause ; or, il n'en est rien, et la blennorrhagie étant arrêtée, on peut voir continuer le rhumatisme qui parfois même s'atteste par de nouvelles manifestations.

M. MAURIAC. — Il semble que les écoulements qui accompagnent le rhumatisme résistent davantage au traitement. Nous ne savons pas encore bien comment se produisent les arthropathies : récemment, dans un cas type de rhumatisme blennorrhagique, j'ai prié M. le Pr Straus de faire l'examen bactériologique et il n'a pas trouvé de gonocoques.

M. JULLIEN. — N'existait-il pas d'autres microbes ? On tend aujourd'hui à regarder le rhumatisme blennorrhagique comme une infection surajoutée.

M. THIBIERGE. — Dans un cas que j'ai observé, il n'y avait aucune sorte de microbes.

M. ARNOZAN communique les résultats de sa pratique *sur le traitement par l'acide acétique des épithéliomas de la face d'origine sébacée*. Sur les épithéliomes appartenant à cette variété, il applique à l'aide d'une baguette de verre ou d'un pinceau quelques gouttes d'une solution à 50 0/0 d'acide acétique. Il y a généralement un peu de douleur, mais peu vive, et on voit apparaître une zone érythémateuse. Les jours suivants on continue l'application : il se forme une croûte jaunâtre qui se détache après 10 applications environ. Après deux ou trois séries d'applications, la cicatrisation est obtenue.

M. GAUCHER a employé ce mode de traitement dans la séborrhée partielle, point de départ de ces épithéliomes, et il en a obtenu la guérison, alors même que des bourgeons commençaient à se montrer.

M. BARTHÉLEMY demande en combien de temps on peut espérer obtenir la guérison : avec le raclage de la tumeur suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc, on obtient la guérison très rapidement.

M. ARNOZAN. — La durée du traitement varie avec l'étendue de la lésion et oscille entre 8 jours et un mois.

M. HARDY demande si la cicatrice obtenue est très apparente. En général, les cicatrices qui résultent de l'application d'un acide sont très apparentes, tandis qu'après un caustique alcalin la cicatrice est peu visible.

M. JULLIEN présente quelques réflexions *sur le traitement des ulcérations phagédéniques de la syphilis*. Il insiste sur la nécessité d'un traitement antiseptique du phagédénisme syphilitique qu'il considère comme une infection surajoutée. Il a pu ainsi arrêter, par un pansement à l'iodoforme, puis au salol, un phagédénisme de la face qui avait résisté au traitement spécifique.

Les Membres de la Société de Dermatologie décident qu'ils se réuniront désormais tous les mois, le deuxième jeudi, à 9 h. du matin, à l'hôpital St-Louis. La session annuelle de Pâques est conservée avec ses trois séances. M. le Président déclare close la première session et lève la séance.

Paul RAYMOND.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 1er avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. PARINAUD.

M. le PRÉSIDENT annonce que M. le Pr FUSCH (de Vienne) assiste à la séance.

M. ABADIE. — Je vous présente une jeune malade atteinte de l'affection que M. Parinaud a décrite récemment sous le nom de *conjonctivite infectieuse d'origine animale*. Ce qui frappe tout d'abord, c'est un engorgement considérable des ganglions du cou dont plusieurs ont suppuré. Sur la conjonctive on voit de grosses granulations rougeâtres au milieu desquelles il y avait au début des dépôts de matière jaune. J'ai observé dans ces derniers temps deux autres malades atteints de cette même affection. L'un d'eux est un vétérinaire qui se rappelle avoir reçu des poils dans l'œil, ce qui confirma l'origine animale de la maladie. La seconde malade que je désire vous montrer est une femme d'un certain âge chez laquelle s'est déclarée une ophtalmie sympathique, trois semaines après une chute sur l'œil gauche qui avait occasionné une énorme rupture de la sclérotique avec luxation du cristallin, hernie de l'iris et hémorrhagie intra-oculaire. Les accidents ont débuté par le nerf optique et la pupille, et ont amené définitivement la cécité. Au lieu de faire l'énucléation, j'ai songé à injecter une goutte d'une solution d'un sublimé à 1 : 500, qui a d'abord produit une vive réaction inflammatoire. Puis tout s'est amendé, l'œil droit a guéri rapidement ; aujourd'hui la malade peut lire avec son œil gauche à l'aide d'un verre + 10 D.

M. PARINAUD. — L'affection de la jeune fille que vous a présenté M. Abadie est identique à celle des trois malades dont je vous ai cité les observations. En dehors de l'engorgement ganglionnaire considérable qui accuse la nature infectieuse de la maladie, la lésion conjonctivale, à elle seule, est très caractéristique.

M. DE WECKER. — *Tuberculose du tractus uvéal.* — Les progrès qu'ont fait nos connaissances sur la transmission de la tuberculose et son mode de propagation ont modifié les idées sur la tuberculose oculaire. Elle n'est pas d'infection ectogène pour l'œil ; les bacilles ayant pénétré par les voies aériennes, prennent l'œil comme point de fixation. Ce n'est pas dans le

but de préserver l'organisme d'une généralisation de l'infection que l'on enlève la partie atteinte. La circulation de l'œil contaminé dans une coque fibreuse isolante se prête peu à un rayonnement de l'infection. L'infection locale peut disparaître, et une intervention bien comprise peut favoriser la guérison. J'ai eu l'occasion de faire l'excision d'un tubercule de l'iris chez un petit garçon de huit ans. Après l'opération, je pus constater qu'il s'étendait jusqu'au corps ciliaire. L'œil devint moins irrité et la vision fut très améliorée. Une autre petite fille de douze ans que je vous présente avait une granule de l'iris et du corps ciliaire. Malgré les douleurs très vives, je me suis opposé à l'énucléation. Après trois mois d'un traitement à l'arsenic et l'iodoforme, la santé générale s'est améliorée. La guérison de la tuberculose s'est guérie spontanément. Un autre malade, présentant les mêmes symptômes pour lesquels M. Galezowski, avec qui j'avais eu une consultation, demandait l'énucléation immédiate, est aujourd'hui dans un état de santé florissante.

Ces quelques cas peuvent servir de règle de conduite. Il faut intervenir lorsque le tubercule est circonscrit, et s'abstenir de toute opération lorsqu'il y a généralisation de la maladie dans toute la partie antérieure du tractus uvéal.

M. Despagnet. — Ces résultats sont encourageants, mais ils ne doivent concerner que le tubercule localisé sur l'iris. On ne peut savoir, en effet, si l'affection est nettement circonscrite. Chez un petit enfant que M. Parinaud a bien voulu examiner, le tubercule se faisait jour à travers la pupille et avait pris naissance dans la région ciliaire.

M. Abadie. — En général, on se prononce trop vite pour le diagnostic de tuberculose oculaire. Il n'est pas sûr que le bacille trouvé dans ces produits pathogènes soit le même que celui de la phtisie pulmonaire. On doit recourir à l'examen bactériologique, car il est bien certain que la cellule géante se trouve dans d'autres affections.

M. Gillet de Grandmont.— Il est difficile de se prononcer sur la nature de cette tumeur de l'iris que l'on confond volontiers avec une affection syphilitique. Un nouveau-né présentait une granulie semblable à celle qu'il avait provoquée sur un lapin en lui inoculant de la matière tuberculeuse humaine. Après avoir soumis la mère à l'iodure de potassium à hautes doses, les granulations se sont résorbées complètement.

M. Parinaud. — Le diagnostic clinique des tubercules de l'iris peut, dans un grand nombre de cas, être porté avec certitude et je suis le premier qui ait fait ce diagnostic sur une malade que j'ai présentée à la Société de Chirurgie en 1879. Il y a souvent dans le voisinage du tubercule des granulations dont l'évolution est caractéristique. D'abord grises, elles deviennent jaunes, se développent, puis se flétrissent, ce qui correspond à la fonte du tubercule. A ce moment, il peut se former dans la chambre antérieure un dépôt de matière tuberculeuse simulant un hypopion. L'indolence presque absolue est encore un caractère des iritis ou kérato-iritis tuberculeuses. L'infection peut se faire localement. Deux des malades que j'ai observés n'avaient aucun antécédent. Ils sont morts deux ans après de phtisie. Depuis que j'ai présenté ma première malade à la Société de Chirurgie, la question des tuberculoses locales a complètement changé de face. L'intervention chirurgicale est d'autant plus légitime que ces tuberculoses paraissent le plus souvent être primitives.

M. Vignes a vu un abcès tuberculeux de l'orbite entraîner la mort d'un enfant six semaines après l'énucléation d'un œil dont le vitreum avait subi la transformation caséeuse et dont le nerf optique était atteint.

M. Chauvel.— M. Parinaud a rapporté des cas qui prouvent que l'infection peut se généraliser. Il n'y a aucun intérêt à conserver un œil dont la vision est perdue dans ce cas, et si l'affection a une tendance à envahir tout l'œil, il faut procéder à l'énucléation. Si la tuberculose est localisée dans l'iris, l'excision peut se faire.

M. de Wecker. — C'est d'un point infecté de l'organisme que se propage l'infection de l'œil et l'énucléation ne l'empêchera pas (1).

E. Koenig.

(1) Les communications de MM. Abadie et Nimier seront publiées ultérieurement.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. — **L'Ecole de Salerne et les médecins Salernitains** ; par le Dr G. Bécavin ; thèse, Paris 1888, 127 p., J.-B. Baillière.

II. — **Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges** ; par le Dr P. Degnat, in-18 de 347 p., Paris, H. Laurens, 1888.

III. — **Le moyen âge médical** ; par le Dr E. Dupouy, in-18 de 372 p., Paris, Meurillon, 1888.

IV. — **Le Dr Maillot et son œuvre** ; par le Dr Abeille, broch. in-8° de 7 p., Paris, Unsinger, 1888.

V. — **Renaudot et l'introduction de la médication clinique ; étude historique d'après des documents originaux** ; par le Dr M. Emery. Thèse de 129 p., Montpellier, Coulet, 1888.

VI. — **Le Val-de-Grâce. Histoire du monastère et de l'hôpital militaire** ; par le Dr Servier, in-8° de 124 p., Paris, Masson, 1888.

I. — *L'Ecole de Salerne et les médecins salernitains* continue la série des publications inspirées par M. le professeur Laboulbène. Nous avouons avoir goûté un véritable plaisir à la lecture de ce travail parfaitement coordonné, qui nous donne enfin un aperçu complet sur cette fameuse Ecole, dont l'origine se perd dans la nuit des temps et qui seule brille encore d'un éclat scientifique incomparable dans cette nuit obscure du moyen âge.

Trois auteurs de grande valeur, de Renzi, Henschel, Daremberg ont élevé à l'Ecole de Salerne un véritable monument, la *Collectio salernitana*, où trop souvent l'admiration excessive, de la part de Renzi tout au moins, tient la place de la juste appréciation. C'est cette *Collection* qui a servi de base à M. Bécavin ; en présence de textes touffus, de documents nombreux et de valeur très inégale, il a su choisir, se borner et l'a toujours fait heureusement. Nous eussions désiré, toutefois, qu'il nous fît connaître plus scrupuleusement les emprunts importants qu'il a faits au travail de M. L. Thomas (Dre Encycl.), le sous-bibliothécaire de la Faculté de Paris. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans son intéressant exposé. Cherchant dans les périodes reculées de l'histoire la fondation de l'Ecole qui, suivant lui, remonterait aux anciennes institutions latines, il nous fait assister à son évolution doctrinale qui, pour ne présenter aujourd'hui qu'un intérêt purement historique, ne mérite pas moins de fixer notre attention. Ce qui domine la période marquante de l'Ecole de Salerne (qui va du commencement du XIe siècle au milieu du XIIIe), c'est la pondération dans l'esprit des maîtres qui l'illustrèrent, y compris la célèbre Trotula, dont le « *De morbis mulierum* » renferme des chapitres, ceux particulièrement consacrés à l'hygiène du nouveau-né, qui seraient encore à consulter. Habitants d'une ville admirablement située, dans un golfe baigné par les flots bleus de la Méditerranée, les médecins salernitains n'engendraient pas la mélancolie. Ce sont gens pratiques et de bonne humeur, et de temps en temps on trouve, à côté des aperçus d'une physiologie rudimentaire, des observations de la vie journalière de la plus grande philosophie médicale. Cophon-le-Jeune, par exemple, qui florissait vers 1090, distingue la médecine des pauvres et celle des riches. « Les riches sont délicats, dit-il, et veulent être guéris agréablement, tandis que les pauvres craignent la dépense et veulent seulement être guéris. » Aussi purge-t-il les nobles avec de la rhubarbe finement pulvérisée ; les gens de qualité inférieure devront se contenter d'une macération de mirobo-carum sucrée ou non sucrée. Quant à son contemporain, Archimathée, il est l'auteur d'un code professionnel, « *l'Instruction du médecin* », dont feraient bien de s'inspirer — par certains côtés — les débutants dans la pratique. « En entrant chez le malade, dit-il, saluez avec un air modeste et grave ; asseyez-vous pour prendre haleine ; louez, s'il y a lieu, la beauté du site, la bonne tenue de la maison, la générosité de la famille ; de cette façon vous captiverez la bienveillance des parents et laisserez au malade le temps de se remettre de la première émotion... Si on vous engage à dîner, *comme c'est l'habitude*, ne vous montrez ni indiscret, ni exigeant... Chez un paysan, mangez de tout sans

faire aucune remarque sur la rusticité des mets ; si, au contraire, la table est délicate, ayez soin de ne pas vous laisser aller au plaisir de la bouche ; informez-vous de temps en temps de l'état du malade, qui sera charmé de voir que vous ne pouvez pas l'oublier, même au milieu des délices du festin... » Heureuse Ecole, dont le *Régime de santé*, traduit dans toutes les langues, porta la réputation à son apogée. Elle méritait de revivre avec la rénovation contemporaine de l'Italie, mais la centralisation, elle aussi, a passé par là et

Sur la plage sonore où la mer de Sorrente
Déroule ses flots bleus aux pieds de l'oranger

aucun monument ne rappelle les gloires passées et l'on ne peut que respirer l'air pur que respirèrent autrefois les maîtres de Salerne.

II. — Nous avons, à plusieurs reprises, exprimé notre opinion sur les Manuels d'histoire de la médecine qui, à l'inverse des bonnes monographies, viennent régulièrement enrichir tous les ans notre bibliothèque. Ils se ressemblent un peu tous les uns les autres ; ils coûtent beaucoup de travail à leurs auteurs sans pour cela, souvent, porter bien haut leur renommée. M. Dignat a-t-il voulu éviter cet écueil ; peut-être bien, d'une certaine façon tout au moins, car son livre est spécialement dédié aux personnes étrangères aux questions médicales. Il a entrepris — chose louable — de convaincre les profanes de la grandeur de la profession en montrant à travers les âges le médecin revêtu d'un double sacerdoce d'honnêteté et de dévouement, auquel il ne faillira que bien exceptionnellement. Toujours, à côté d'une rare défaillance, il se trouve des actes de dévouement admirables qui la compensent outre mesure. M. Dignat est un convaincu, et sa conviction n'est pas faite pour nous déplaire, d'autant qu'il s'est tracé comme ligne de conduite d'écarter toutes les questions personnelles ou doctrinales susceptibles d'éveiller de justes susceptibilités. Il a tenu sa promesse, et son ouvrage, documentaire sans prétentions, se recommande à toutes les personnes, appartenant ou non à la profession, qui désirent connaître, contée dans un style clair et précis, l'*Histoire de la Médecine et des Médecins à travers les âges*.

III. — M. Dupouy n'est pas un inconnu pour nos lecteurs ; nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de parler de ses ouvrages à cette même place ; nous avons loué la *Médecine et les mœurs de la Rome antique ;* dit ce que nous pensions de la *Prostitution dans l'Antiquité ;* aujourd'hui nous devons donner notre opinion sur le *Moyen âge médical*.

Il s'étend un peu loin, le moyen âge médical de M. Dupouy, puisqu'il comprend les épidémies de démonopathie qui sévirent au milieu du XVIIe siècle. Mais c'est là une incursion dont nous ne saurions que féliciter M. Dupouy si, à l'exemple de M. Dignat, par exemple, dont nous venons de parler, il s'était abstenu des questions doctrinales. Véritablement, on reste stupéfait de l'interprétation qu'il donne de certains phénomènes observés chez les hystériques dites possédées. Cette élévation du corps qui n'est attribuable qu'aux grands mouvements de la deuxième période de l'attaque prend, à ses yeux, des proportions extraordinaires, et il en donne une interprétation fantastique, au vrai sens du mot. C'est tout simplement sous une influence spirite que Françoise Fontaine s'élevait en l'air, et, si vous niez l'existence et la puissance des médiums, M. Dupouy vous appellera dédaigneusement, comme il appelle le grand Littré, « pseudo-savant matérialiste », tout cela parce que Slade a produit l'élévation — M. Dupouy l'affirme — par sa seule « force médiumnique ». Il nous a été donné, à nous aussi et à plusieurs reprises, de traiter ces questions ; nous avons assisté aux expériences de Slade, vulgaire charlatan et prestidigitateur d'un ordre tout à fait inférieur, et nous ne croyions pas qu'il était possible que son opinion prévalût à celle de Littré, le « pseudo-savant », de Velpeau et de Jobert, de Lamballe, qui, en pareilles matières, « auraient commis de grossières erreurs de physiologie ». En dehors de cela, le livre de M. Duplouy est une compilation parfois intéressante, où domine surtout le fait anecdotique, et il se termine par un chapitre *sur la médecine dans la littérature du moyen âge*, qu'on ne lira pas sans plaisir.

IV. — L'opuscule du docteur Abeille est une apologie aussi fervente que peu déguisée de son vénéré maître le Dr Maillot, ancien président du Conseil des armées, dont la doctrine de l'emploi immédiat du sulfate de quinine à hautes doses dans les fièvres palustres a rendu les plus grands services dans nos colonies. Nous nous associons pleinement à l'admiration du « disciple le plus convaincu » du Dr Maillot.

V. — M. Emery est un élève de la Faculté de Montpellier, et, sans conteste, un élève fort reconnaissant. Aussi, a-t-il voulu apporter « sa pierre pour la glorification de l'aïeule ». Cette aïeule il la chérit, un peu trop même, car c'est l'esprit chagrin qu'il nous apprend « que le temps marche : pour les besoins de l'instruction ou pour toutes autres causes il a été créé, se crée ou se créera là-bas ou à nos côtés des Facultés de médecine. Au temps jadis, chaque province avait bien sa petite Ecole, comme tout village a son clocher. Espérons que les nouvelles venues auront une existence tellement remplie de haute science, que si, dans cent ou deux cents ans, un de leurs élèves voulait en montrer la valeur, il n'ait qu'à se baisser comme nous ici pour glaner une ample moisson. Mais les centenaires sont bien rares..... » Et M. Emery n'a eu qu'à se baisser et avec fruit — paraît-il — puisqu'il donne comme sous-titre à sa brochure « étude historique d'après des *documents originaux* ». Cependant, il eût été peut-être bien inspiré d'étendre un peu plus loin le champ de ses investigations, de regarder quelque peu du côté de cette Faculté de Paris, dont jadis l'École de Montpellier fut la rivale. Puisqu'il aime les documents originaux, il eût certainement trouvé là une source de renseignements complètement inédits... pour lui. Nous voulons parler — l'aveu nous coûte quelque peu — de l'ouvrage que nous avons publié nous-même, en 1884, sur Théophraste Renaudot (in-8 de 316 p., Plon et Cie) et dont M. Emery ne semble même pas soupçonner l'existence. Puisque tout ce qui touche de près ou de loin à la glorification de l'aïeule intéresse si fort notre auteur, comment ignore-t-il même le nom d'un des plus fervents admirateurs du grand philanthrope dont Montpellier, qui le doctorisa, peut être fière à juste titre ?

Certainement, parmi ses documents nouveaux, M. Emery doit compter l'éloge que fit, *suivant lui*, Renaudot, d'Urbain Grandier, son compatriote et ami, éloge qu'il aurait fait « distribuer dans Paris ». Nous serions reconnaissant à M. Emery de vouloir bien nous donner quelques fragments de cet écrit que nous avons vainement cherché dans ses *pièces justificatives*. Si notre opinion négative lui paraît suspecte, qu'il interroge à ce sujet le livre si documentaire du Dr Legué : « Urbain Grandier et les Possédées de Loudun ». Richelieu eût-il donc souffert, sans le casser aux gages, que son « gazettier » fît l'apologie de l'homme que sa rancune venait de conduire au bûcher. Cette assertion vaut comme document l'histoire de la « petite pissette » de Mlle de Lafayette et du petit papier qui aurait mérité à Renaudot, de la part de Richelieu, la « promesse formelle du brevet d'historiographe de France », alors qu'il n'acquit ce titre que sous Mazarin. Et l'histoire de l'épigramme des trois S, à laquelle M. Emery attache tant d'importance, et le discours ultra-fantaisiste de Guy Patin (p. 62) méritaient-ils de trouver créance dans un ouvrage sérieux ? C'étaient là des anecdotes tout au plus à leur place dans le roman de Félix Roubaud qui nous montre Marion Delorme, la célèbre Marion, imposant à son *protecteur* Guy Patin de recevoir bachelier son amant Eusèbe Renaudot.

Et voilà comment M. Emery écrit l'histoire !

D'autre part, si M. Emery nous avait fait l'honneur de comprendre notre livre dans « les nombreuses lectures et les patientes recherches qu'il a faites à ce sujet », peut-être

n'eût-il pas défendu avec tant d'ardeur la Faculté de Montpellier, qui, voyant Renaudot vaincu, et, par le même arrêt, les médecins des Universités provinciales exclus une fois de plus de la pratique à Paris, désavoua avec la plus insigne mauvaise foi son intervention en sa faveur dans le procès qu'il venait de perdre. L'avocat de Montpellier — M. Emery ne peut l'ignorer — se nommait Martin et nous ne sachions pas qu'il ait jamais été dans les mœurs du barreau d'intervenir spontanément pour autrui.

A ce sujet, l'auteur nous donne une pièce fort intéressante et inédite, ayant trait au désaveu que l'on se proposait à Montpellier d'infliger au susdit avocat. Comme on lit en marge « sursis à l'expédition de cet acte jusqu'à nouvelle délibération », M. Emery en conclut que « tout cela resta lettre morte ». C'est là une grossière erreur, car si M. Emery avait consulté les *Commentaires manuscrits* de la Faculté de Paris ou notre livre, il y aurait vu que, un an plus tard, le 27 mars 1647, le chancelier de l'Université de Montpellier, Roger de Belleval, fit signifier au doyen de la Faculté de Paris, Jacques Perreau, un factum dans lequel Martin, dont le nom est écrit en toutes lettres, était expressément désavoué. Mais la rétractation était trop tardive pour être sincère, et l'arrêt du 1er mars 1644 qui interdisait aux médecins des Universités provinciales d'exercer à Paris ne fut jamais rapporté. La pièce que publie M. Emery va donc à l'encontre de l'opinion qu'il soutient; elle est cependant d'une grande importance, car, comparée avec le factum du 27 mars 1647, elle nous montre les hésitations par lesquelles durent passer les docteurs de Montpellier, protestant d'abord platoniquement, puis se ravisant un an plus tard, et s'insurgeant enfin contre une intervention directe de laquelle, après la lecture des Commentaires inconnus, d'ailleurs, de M. Emery, il n'est même pas permis de douter. Aussi, la Faculté de Paris continua-t-elle à poursuivre les médecins « exotiques ».

Enfin, comment se fait-il que M. Emery, qui a eu à sa disposition les recueils manuscrits de la Faculté de Montpellier, n'y ait pas trouvé la pièce si importante qui nous fut communiquée par M. Gordon, le bibliothécaire même de l'Ecole et que nous avons publiée à la page 10 de notre livre. C'est, avec celui que publie M. Emery (p. 47) et une lettre découverte par M. de la Bouralière, le seul document que nous connaissions écrit tout entier de la main de Renaudot. M. Emery nous pardonnera, nous en sommes sûrs, car, comme nous, il aime Renaudot, et, s'il l'aime véritablement, il nous saura gré d'avoir redressé quelque peu — par souci de la vérité — le piédestal sur lequel il l'avait posé.

VI.— Sur l'emplacement qu'occupe aujourd'hui l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, on voyait, vers la fin du treizième siècle, une sorte de châtellenie, maison de plaisance et de rapport appartenant à Charles de Valois, troisième fils de Philippe le Hardi. De la maison de ce prince, le fief passa dans la maison de Bourbon; il contenait alors un grand clos de vignes et plusieurs arpents de fortes terres labourables. En 1505, le fameux connétable de Bourbon en devint propriétaire, car le domaine faisait partie des biens considérables que lui apportait en dot sa cousine Suzanne. Après sa trahison, le fief passa, par confiscation, entre les mains de la reine-mère Louise de Savoie qui, en 1528, en fit généreusement cadeau à son médecin Jean Chapelain. Le 9 mai 1621, ses héritiers le vendaient à Anne d'Autriche au prix de 36.000 fr. Elle y installait bientôt les religieuses du Val-Profond, dont l'abbaye tombait en ruines, et, officiellement, le nouveau monastère prenait le nom de Val-de-Grâce. Devenue régente après la mort de Louis XIII, Anne d'Autriche, qui chérissait tout particulièrement le Val-de-Grâce où elle venait souvent passer de longues heures avec les religieuses, résolut de construire une église et un superbe monastère, reconnaissante ainsi de la naissance du fils qu'elle avait eu après 22 ans de stérilité. Mansard dressa les plans de l'église que ses successeurs eurent l'heureuse idée de conserver après sa disgrâce. Le 21 mars 1665, Anne d'Autriche put y entendre la messe: toutefois, le monument ne fut définitivement achevé et consacré qu'en 1710. L'histoire du Val-de-Grâce est peu intéressante jusqu'à la Révolution. En 1790, le monastère fut supprimé, et ce fut seulement en novembre 1793 qu'il devint — après bien des décrets contradictoires — l'hôpital militaire de Paris. Il reçut d'abord les malades évacués du Gros-Caillou, et ensuite, chaque jour, ceux de la garnison. En même temps il devenait une « Ecole clinique de médecine, de chirurgie et de pharmacie, propre à servir de modèle aux institutions de ce genre. » En résumé, l'étude de M. Servier est intéressante à consulter.

Gilles de la Tourette.

THÉRAPEUTIQUE

Un cas de phtisie au début traité par l'eau de la Bourboule.

L'observation suivante a été recueillie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Landrieux. Salle Bichat. Lit n° 10.

Léon D..., âgé de 28 ans, cartonnier, entré le 30 août 1888. Le malade entre à l'hôpital à cause d'une hémoptysie et d'une toux persistante.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort phtisique; sa mère est morte de cause que le malade ne peut déterminer.

Antécédents particuliers. — A l'âge de sept ans, le malade a contracté la fièvre typhoïde, qui a eu comme conséquence une surdité qui a duré deux ans. — Jusqu'à 22 ans, le malade s'est assez bien porté, malgré une existence très pénible qu'il a menée depuis l'âge de 12 ans, travaillant beaucoup et se nourrissant mal.

A 22 ans, le malade commence à tousser, mais les symptômes de son affection pulmonaire ne sont pas inquiétants, et ce n'est qu'au mois d'octobre dernier, pendant que le malade faisait ses vingt-huit jours, qu'ils ont commencé à le devenir, en ce sens qu'il a eu des crachements de sang très fréquents pour lesquels il a été soigné à l'hôpital de Melun. Depuis ce moment le malade tousse beaucoup.

Au mois dernier, il a eu de nouveau des crachats hémoptoïques très abondants; et cette nouvelle poussée est le point de départ de quelques transpirations nocturnes et d'un peu de fièvre vespérale. Le malade constate un grand amaigrissement; son appétit a beaucoup diminué. Néanmoins sa constitution est assez robuste et elle a résisté à l'affection dont il est atteint. Le malade a fait quelques excès de boissons. Il est un peu éthylique et il est réveillé souvent dans la nuit par des cauchemars.

Le 28 août, après avoir fumé, le malade a eu une quinte de toux très forte qui a été suivie d'une hémoptysie. Le sang rejeté pouvait contenir dans un verre. Cette hémoptysie est survenue pendant la nuit; le reste de la nuit et le lendemain, le malade a continué à cracher du sang, et lorsqu'il vient nous demander à entrer dans le service, ces crachements hémoptoïques ne sont pas terminés.

Examen du malade. — L'auscultation du cœur ne nous fournit aucun signe anormal. La percussion et l'auscultation des poumons nous donnent les signes pathologiques suivants :

Percussion. — Poumon droit : en avant et en arrière, sonorité normale. Poumon gauche : en avant, submatité; en arrière, matité.

Auscultation. — Poumon droit : en avant, respiration soufflante, râles sibilants; en arrière, respiration normale. — Poumon gauche : en avant, râles humides et gargouillement au-dessous de la clavicule; en arrière, respiration amphorique au sommet. Râles humides et gargouillement dans tout le tiers supérieur; râles bronchiques dans le reste de l'étendue du poumon. Nous constatons un léger hypocratisme des doigts. Urée = 8,967. *Le traitement suivant a été ordonné : 1° Contre les hémoptysies : Potion au perchlorure de fer. Traitement général : Poudre de viande, eau de la Bourboule.*

31 août. — Sa toux a été fréquente ; les quintes très douloureuses ; l'expectoration a été hémoptoïque. Le malade a transpiré et il a eu de la fièvre le soir. La nuit a été assez bonne, mais entremêlée de quelques quintes et de cauchemars. Le malade n'a pas mangé avec appétit. Il est très constipé.

2 septembre. — Le malade a beaucoup toussé. Les crachats contiennent moins de sang. Les quintes sont douloureuses. Les transpirations et la fièvre persistent. L'appétit laisse à désirer. Le malade digère bien, mais il est constipé.

3 septembre. — Contre cette constipation on ordonne trois verres d'eau de sedlitz qui ont procuré plusieurs selles au malade.

4 septembre. — Le malade a toussé beaucoup, mais l'expectoration ne contient plus de filets de sang. Nuit assez bonne. Le malade n'a pas été réveillé par les quintes. Appétit médiocre. Digestion bien faite. Pas de diarrhée, pas de constipation.

6 septembre. — Le malade tousse beaucoup dans la journée. La nuit la toux est moins fréquente et le malade peut reposer. Expectoration peu abondante et non hémoptoïque. Transpiration. Pas de fièvre. Légère céphalalgie. Appétit médiocre. Pas de diarrhée. Pas de constipation. L'eau de la Bourboule est très bien supportée.

9 septembre. — Toux diminuée. La nuit le malade ne tousse pas et repose régulièrement. — L'expectoration est abondante ; elle n'est pas hémoptoïque. — Le malade n'a pas eu de transpirations. Pas de fièvre. — Légère céphalalgie. — Peu d'appétit. Constipation. Un purgatif est ordonné.

11 septembre. — Quelques quintes de toux dans la journée. Le malade n'a pas toussé dans la nuit. — Pas de fièvre. Un peu de céphalalgie. — Le malade a ressenti des douleurs lombaires. — Appétit médiocre. Digestion bonne. Pas de diarrhée. Pas de constipation.

16 septembre. — Le malade tousse peu dans la journée. — La nuit a été bonne. — Douleurs lombaires diminuées. — Pas de transpiration. Pas de fièvre. — Appétit assez bon. Pas de troubles gastriques.

17 septembre. — Le malade tousse peu. L'expectoration est faible. Les douleurs lombaires ont à peu près cessé. — L'état général du malade est amélioré, et le 18 il quitte l'hôpital. Urée = 12,810.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1889.

LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION (*suite*) (1).

C. — Instruments de Précision divers.

(*Médecine et Sciences proprement dites*).

Les Instruments de Précision, dont nous allons maintenant dire un mot, n'ont que très peu de rapport avec les sciences médicales pour la plupart ; mais un médecin pouvant s'y intéresser, nous avons cru utile d'en dire quelques mots. On les trouvait presque exclusivement à la Classe XV et à la Classe VIII.

1° — *Classe XV*.

En entrant dans la Classe XV, on peut jeter d'abord un coup d'œil sur les *planches à dessin, à baguettes et à ressorts de M. Senée*. — Continuant sa route, on tombe ensuite en pleine Astronomie. Au centre de cette salle, le service géographique de l'armée nous offre pour un instant son théodolite-boussole, ses cercles géodésiques rigoureux, ses pendules reversibles inversables de Deforges, son grand cercle azimuthal. Majestueux dans son écrin de verre, s'élève le grand cercle méridien de Gautier destiné à Buenos-Ayres. Puissants et imposants font cortège à ces merveilles mathématiques les grands instruments astronomiques de A. Bardou. Enfin la machine à calculer de Bollei complète cet ensemble en ce qu'elle procède de combinaisons de même ordre. — Entrons ensuite dans la salle suivante, la plus grande et la dernière du rez-de-chaussée, et tournons, suivant notre méthode, de gauche à droite, réservant aux travées centrales notre dernier coup d'œil.

M. Laurent présente son *grand polarimètre à lumière jaune*, son *grand saccharimètre à lumière ordinaire* et son *saccharimètre à projections ;* aux opticiens de profession, il offre ses appareils de minéralogie cristallographique mensurateurs d'angles dièdres, sans lesquels les types morphologiques demeureraient inanalysables. Admirons les qualités des niveaux, théodolites, règles à calcul, et types de mètres de la Maison Guyard et Canary ; des baromètres anéroïdes compensés de Mme veuve Périllat ; des réfractomètres. Amagat, des saccharimètres à franges (dosage de l'alcool et de l'extrait sec de vins), de l'appareil de Norremberg avec microscope polarisant; chez *M. Duboscq*, nous n'avons pu nous arracher à la démonstration par projections de tous les phénomènes de la polarisation. Les microtélescopes de *M. Rivage*, exposés quelques mètres plus loin, nous complètent en quelque sorte cette étude des phénomènes lumineux, et viennent, de concert avec les instruments trigonométriques de M. Sanguet, avec le cathétomètre et la machine à diviser la ligne circulaire de Perreaux, qui ont élu domicile dans l'intervalle, nous rappeler comment les mêmes notions, avec des utilisations différentes, étaient capables de fécondes découvertes (Voir à la section de ce Guide ayant rapport à l'*Anthropologie* l'*Appareil du professeur Bénédikt*, de Vienne (1).

Le contrôleur des rondes de Trenta, la chambre claire pour architectes, dessinateurs, peintres de Moreau, le pantographe de J. Conte, le pyromètre à spires de MM. Damaze et Simoni, les applications de la capillarité à la météorologie de E. Delahaye forment autant d'ingénieux organes que nous livrons à la méditation de chacun, suivant l'état de ses connaissances et la direction de ses pensées. Nous voudrions décrire les théodolites et niveaux géométriques de Boissel, les compas de A. Guérineau, les miroirs, loupes et lentilles de Gekliffe et Simon, mais ce serait vraiment dépasser les bornes de ce guide ; nous signalerons, faute de pouvoir nous étendre, l'éclimètre à pendule et le goniomètre de poche de Marcel, ainsi que les compas pour spirales de la maison Penent, les lentilles et miroirs de Benoist et Berthiot, les thermomètres, aréomètres, densimètres et autres instruments de précision en verre si savamment gradués par l'habile ouvrier du Collège de France, M. Baudin, les aréomètres thermiques de Langlet, la règle géodésique monométallique de Huetz, les instruments de topographie automatique de Peigné.

On passera ensuite devant les vitrines Dumoulin-Froment (*compas d'épaisseur* de haute précision), Tavernier-Gravet (niveaux, boussoles nivelatrices, tachéomètres officiels, règle à calcul de Mannheim, télémètre de Gautier). Ce sont autant d'inventions précieuses que celles de M. Berthélemy : niveau à bulle d'air indépendant, appareil indicateur de la température à distance, goniomètre, diastinomètre Sanguet. A voir aussi les expositions Deleuil (balances de précision); — Foulon et Quentin (compas, pantographes, etc.); — Bourdon (anémomètres enregistreurs); — Balbreck (théodolite à deux lunettes avec boussole): — L. Payen (arithmomètre); — Lorieux (sextan, Fleuriais avec micromètre Lugeolet, cadran Lorieux) qui nécessiteraient de longues pages. — *M. Ducretet*, l'instrumentiste physicien si estimé, offre à glaner mille produits à des spécialistes divers; nous avons été captivé par les appareils que voici : Photographie directe des étincelles et des effluves électriques sans objectifs; — Machine électrique de Wimshurst; — Rhéostats; — Boussoles des tangentes et des déclinaisons; — Galvanomètre d'essai; — Electromètres; — clefs à double inversion; — Appareil de Dufet; — Microscope polarisant pour mesurer les angles formés par les axes optiques ; — Barogyroscope de Gilbert; — Bobines de résistance en pont de Wheatstone ; — Grande bobine Ruhmkorff à étincelles de 50 centim. de long ; — Enregistreurs des signaux optiques. - *M. Duboscq* nous a également rempli d'admiration pour son photopolarimètre Cornu, son collimateur et sa lunette Cornu, son phosphoroscope Becquerel,

(1) V. *Pr. méd.*, n° 24, tous les suivants de 1889 et n° 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13 et 14, 1890.

(1) Manuel technique et pratique d'Anthropométrie cranio-céphalique, par M. BÉNÉDIKT et P. KERAVAL. — Paris, in-8, 1889. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

son réfractomètre Jamin, son spectrophotomètre Crova. — M. Golaz, en exposant les appareils à chaleur spécifique, à mesurer les tensions de vapeur, les densités des gaz, les coefficients de dilatation gazeuse, de Régnault, le calorimètre de Favre, l'hygromètre Alluard, l'enceinte calorimétrique Berthelot, nous a rappelé les gloires de la science de notre pays. — M. Weirlein dissipe par ses appareils toutes les obscurités dont on charge souvent à tort la cristallographie.

Quant à M. Secrétan, nous sommes habitué à ses tours de force. Son télescope de 16 centim., son magnifique miroir parabolique et son équatorial à double lunette, ajoutent encore à sa renommée. Chez M. A. Picart, nous avons surtout distingué le goniomètre Wollaston avec collimateur Maillard, d'après la disposition Wyroubow.

Ce que nous avons à prendre dans les balances Collot et fils ce sont les appareils de précision, notamment un type à pesée rapide avec portée de 200 grammes, sensible à 1/10.

Nous signalerons le Chercheur de Comètes de Morin et Gensse, les lanternes de projection de Molteni et les projecteurs électriques à double étage de M. Lavane.

(A suivre). P. KERAVAL.

VARIA

Tableau des modifications proposées par la commission de l'Association générale des médecins de France et relatives au tarif des expertises médico-légales.

Nous donnons ci-dessous l'intéressant projet des modifications à apporter au tarif des expertises médico-légales, modifications qui, nous n'en doutons pas, seront prochainement adoptées.

DÉCRET DU 18 JUIN 1811 TARIF DES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES.	TARIF MODIFIÉ UNIFORMÉMENT APPLICABLE A TOUTE LA FRANCE
Des honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes.	*Des honoraires et vacations des experts-médecins, chirurgiens, sages-femmes, et des vacations des experts et interprètes.*
Art. 17. — Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir : 1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu : Paris. . . . . Fr. 6 » Villes de 40,000 habitants et au-dessus . . . . 5 » Autres villes et communes. . 3 » 2° Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en plus des droits ci-dessus : Paris . . . . Fr. 9 » Villes de 40,000 habitants et au-dessus . . . . 7 » Autres villes et communes. . 5 »	Art. 17. — 1° Pour chaque visite et certificat immédiat. . . . Fr. 10 » 2° Pour visite y compris examen à l'aide d'instruments spéciaux : pour visite et pansement. 20 » En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2, sera payé par vacations ; 3° Il sera alloué aux médecins experts : *a*) Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né. . . 15 » *b*) Pour autopsie d'un adulte. 30 » *c*) Pour autopsie après exhumation. . . . . 50 » En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit desdites autopsies sera payé par vacations.
Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées : Paris. . . . . Fr. 3 » Autres villes et communes. . 2 »	Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées. Fr. 5 »
Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.	Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.
Art. 20. — Pour les frais d'exhumation de cadavres, on suivra les tarifs locaux.	Art. 20. — Supprimé.
Art. 21. — Il ne sera rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.	Art. 21. — Supprimé.
Art. 22. — Chaque expert ou interprète recevra pour chaque vacation de trois heures, et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir : Paris. . . . . Fr. 5 » Ville de 40,000 habitants et au-dessus . . . . 4 » Autres villes et communes . 3 » Les vacations de nuit seront payées moitié en sus. Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.	Art. 22. — Chaque expert-médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport lorsqu'il sera fait par écrit, savoir : Une vacation de jour. . . . 7 fr. Une vacation de nuit. . . . 10 fr. Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.
Art. 24. — Dans le cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins, chirurgiens, etc., etc.	Art. 24. — Conservé.
Art. 25. — Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités pour cette comparution leur seront payées comme à des témoins, s'ils requièrent taxe.	Art. 25. — Dans tous les cas où les experts-médecins, chirurgiens, sages-femmes seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des experts, par vacation, s'ils requièrent taxe.
Art. 27. — Pour chaque jour que le témoin aura été détourné de son travail ou de ses affaires, il pourra lui être taxé, savoir : Paris. . . . . Fr. 2 » Villes de 40,000 habitants et au-dessus . . . . 1 50 Autres villes et communes. . 1 »	Art. 27. — Supprimé.
Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.	*Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.*
Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.	Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux experts-médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.
Art. 91. — Cette indemnité est fixée par chaque myriamètre parcouru, en allant et en revenant, savoir : Pour les médecins, chirurgiens, experts, interprètes et jurés, à Fr. 2 50 2° Pour les sages-femmes, etc., à. 1 50	Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant, savoir : Pour les experts-médecins, chirurgiens, sages-femmes, 0 fr. 50.
Art. 92. — L'indemnité sera fixée par myriamètre et demi-myriamètre. Les fractions de huit à neuf kilomètres seront comptées pour un myriamètre, et celles de trois à sept kilomètres pour un demi-myriamètre.	Art. 92. — Supprimé.
Art. 93. — Pour faciliter le règlement de cette indemnité, les préfets feront dresser un tableau des distances en myriamètres et en kilomètres, de chaque commune au chef-lieu de canton, au chef-lieu d'arrondissement et au chef-lieu de département, etc.	Art. 93. — Pour faciliter le règlement, etc. (comme au décret) avec l'addition suivante : Pour les experts-médecins, etc., ces distances seront calculées sur le nombre réel de kilomètres parcourus du lieu de la résidence de l'expert au lieu où se feront les opérations requises.
Art. 94. — L'indemnité de 2 fr. 50 sera portée à 3 fr., et celle de 1 fr. 50 à 2 fr. pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février, (*Abrogé par décret, 7 avril* 1813.)	Art. 94. — Supprimé. (*Décret du garde des sceaux,* 14 *décembre* 1842, 6 *février* 1862. — *Abrogé.*)
Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés, dans le cours du voyage, par force majeure, ils recevront en indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir : 1° Ceux de la première classe, Fr. . . . . 2 » 2° Ceux de la seconde classe. 1 50 Ils seront tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants, ou par le maire, ou à son défaut par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en représenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.	Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir : Les experts-médecins, chirurgiens, Fr. . . . . 20 » La fin comme au décret.
Art. 96. — Si les mêmes individus, autres que les jurés, etc., etc., sont forcés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera la procédure, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué pour chaque jour de séjour une indemnité fixée ainsi qu'il suit : 1° Pour les médecins, chirurgiens, experts et interprètes : Paris. . . . . Fr. 4 » Villes de 40 000 habitants et au-dessus. . . . . 2 50 Autre villes et communes. . 2 »	Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, dans celle où l'affaire sera jugée, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit : Pour les experts-médecins, chirurgiens, dans toute la France. Fr. 20 »
Du paiement et recouvrement des frais de justice criminelle.	*Du paiement et recouvrement des frais de justice criminelle.*
Art. 132. — Le mode de paiement diffère suivant leur nature et leur urgence ; il est réglé ainsi qu'il suit :	Art. 132. — Comme au décret.
Art. 133. — Les frais urgents seront acquittés sur simple taxe et mandat du juge, mis au bas des réquisitions, copies de convocations ou de citations, états ou mémoires des parties.	Art. 133. — Comme au décret.
Art. 134. — Sont réputés frais urgents : 1° Les indemnités des témoins et des jurés. 2° Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les parties prenantes ne sont pas habituellement employées.	Art. 134. — Sont réputés frais urgents : 1° Les honoraires de visite et certificats, rapports, autopsies, vacations, indemnités de transport, d'arrêt forcé et de séjour des experts médecins, etc. 2° Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les experts-médecins sont habituellement requis. Circulaire du garde des sceaux, 5 février 1860. — Abrogée.
Art. 140. — Les formalités de la taxe et de l'exécutoire seront remplies sans frais par les présidents, les juges de paix, chacun en ce qui le concerne. L'exécutoire sera décerné sur les ré-	Art. 140. — Comme au décret.

quisitions de l'officier du ministère public, lequel signera la minute de l'ordonnance.	
Art. 141. — Les juges qui auront décerné les mandats ou exécutoires et les officiers du ministère public qui y auront apposé leur signature seront responsables de tout abus ou exagération dans les taxes, solidairement avec les parties prenantes, et sauf leur recours contre elles.	Art. 141. — Comme au décret.
Art. 142. — Les présidents et les juges d'instruction ne pourront refuser de taxer et de rendre exécutoire, s'il y a lieu, des états ou mémoires de frais de justice criminelle, par la seule raison que ces frais n'auraient pas été faits par leur ordre direct, pourvu toutefois qu'ils aient été faits en vertu d'un ordre d'une autorité compétente dans le ressort de la Cour ou du Tribunal que ces juges président ou dont ils sont membres.	Art. 142. — Comme au décret. Article additionnel. — Les honoraires, vacations ou indemnités des experts-médecins auxquels donnera droit la réquisition d'un officier de police administrative, faisant fonctions d'auxiliaire du procureur de la République, seront taxés comme frais urgents, et visés ainsi qu'il est dit à l'article 140. Ils seront payés par l'administration de l'enregistrement sur la présentation de l'exécutoire. Le décret du 7 avril 1814 et l'ordonnance du 28 novembre 1838 (articles 2 et 3), sont abrogés dans celles de leurs dispositions concernant les experts-médecins, contraires aux dispositions ci-dessus.

Banquet de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

Le banquet de l'Internat des hôpitaux de Paris a eu lieu samedi dernier 12 avril 1890, à 8 heures, salle Kriegelstein, rue Charras, sous la présidence de M. Hardy. Environ 120 anciens internes y assistaient. La plupart étaient des Parisiens ; signalons cependant un fort appoint venu de la province. Nous avons reconnu quelques-uns de nos maîtres, M. le Pr Bouchard, MM. les Drs Peyrot, Berger, Huchard, Sevestre, Bazy, Féré, les organisateurs de cette petite fête annuelle, MM. Pamard, Piogey, Tillot, etc., etc. Comme d'habitude, les internes en exercice brillaient, sinon par leur absence, du moins par leur nombre restreint. Malgré tous les efforts du comité, l'appel au festin n'est pas entendu des jeunes.

Le *Progrès médical* a eu les honneurs de la fête, puisque notre vénéré président a bien voulu commencer son allocution en rappelant notre compte rendu du banquet de l'année précédente : « La méchante plume d'un journaliste, a-t-il dit, a écrit que l'Internat se mourait ! Non, mes chers collègues, il ne meurt pas ! » Nous nous étions donc trompé ! Dès lors pourquoi tirer de l'oubli notre *méchant* écho ? Nous avions cru n'être que spirituel ; évidemment l'esprit n'est pas donné à tout le monde, et à nous en particulier. Et pourtant, si nous osions, nous le reproduirions ici, ce malencontreux article ! Il aurait, nous le répétons, autant d'à-propos qu'il y a un an. Nos camarades, d'ailleurs, l'ont affirmé en petit comité.

En tous cas, si l'Internat se maintient, malgré nos pronostics, les orateurs sont en baisse. Après M. Hardy, M. le Député Després, à la demande générale, a bien voulu prendre la parole et, aux regrets de tous, il ne l'a gardée que quelques minutes..., pour expulser les femmes du corps de l'Internat. Que voulez-vous ? Ce sont des laïques ! — L'assistance houleuse, désappointée, très en verve, n'a écouté ensuite que d'une oreille distraite les discours de l'interne médaillé cette année, M. Parmentier, et de l'organisateur du banquet, M. Feulard. On a cherché, cette fois encore, le premier de la dernière promotion ; il s'est dérobé à l'honneur du discours de remerciment. Nous sommes en bonne voie.

Le dîner a été aussi gai que possible et la réunion qui l'a suivi aussi attrayante pour les fanatiques que d'habitude. Tous nos compliments aux organisateurs. Z..

Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Paris.

L'assemblée générale annuelle de l'*Association amicale des Internes et anciens Internes des Hôpitaux de Paris* a eu lieu le samedi 12 avril, à 5 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria. Etaient présents les membres du comité : M. Hardy, président ; M. Brouardel, vice-président ; M. Piogey, trésorier ; MM. Bouchard, Lepage, Tillot, Chauffard, Hallé, Pamard, Sébileau, Sevestre, membres ; H. Feulard, secrétaire. Une trentaine de membres participants assistaient à la séance. — M. le Président a fait part à l'assemblée du nombre limité des nouvelles recrues, les jeunes internes en exercice restant absolument réfractaires à toute suggestion et ayant l'air d'ignorer l'existence de cette association. Et pourtant l'association montre qu'elle est bien vivante, puisqu'elle a pu secourir cette année d'anciens collègues dans l'infortune, puisqu'elle a réussi à améliorer le sort des anciens internes passés dans les cadres de l'armée de réserve ou dans l'armée territoriale. — Puis M. le Trésorier a lu le compte rendu financier, dès que le secrétaire a eu terminé son rapport. — Un rapport sur la question du Doctorat des Internes, rédigé par M. Lepage, n'a pas donné lieu à une longue discussion, en raison des arguments mis en avant par M. Brouardel. Comme le comité et la majorité de l'assemblée semblaient bien résolus à ne modifier en rien l'état actuel des choses, on a aussi bien fait de ne pas discuter longtemps. Nous avons dit ailleurs notre avis sur cette importante question et expliqué pourquoi nous ne sommes pas près d'obtenir satisfaction sur ce point. — A la suite d'une proposition de M. Sébileau, au nom du comité, il a été ensuite décidé que 2 internes en exercice, nommés par leurs camarades réunis en assemblée générale, seraient adjoints au comité, avec voix consultative seulement. Ces membres adjoints seraient réélus tous les ans. — D'autres propositions d'importance minime ont été renvoyées à la prochaine assemblée. La séance s'est terminée par une élection destinée à renouveler partiellement le comité. Il y avait 3 membres sortants, mais rééligibles, MM. Chauffard, Gilbert et Hardy, à remplacer. Ils ont été réélus. Le 4e élu a été M. le Dr Brunon (de Rouen). M. B.

Fêtes universitaires de Montpellier.

Six semaines environ nous séparent des grandes fêtes que la ville de Montpellier organise pour célébrer le sixième centenaire de son Université. Jusqu'à ce jour, les diverses commissions chargées de l'organisation des fêtes n'avaient pas montré tout l'entrain nécessaire ; mais la nouvelle de l'arrivée du Président de la République pour le 23 et le 24 mai et la promesse formelle de M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique, d'accompagner M. Carnot, ont attiré l'attention sur la nécessité de se hâter.

Pour donner une idée de l'importance des fêtes de Montpellier, il nous a paru utile de faire connaître les manifestations scientifiques auxquelles ces fêtes donneront lieu et qui prendront place dans le programme définitif. En premier lieu, inauguration du nouveau Palais universitaire construit dans les anciens locaux de l'hôpital Saint-Eloi ; inauguration de l'hôtel de l'Association des Etudiants ; inauguration de plusieurs bustes de professeurs dans nos diverses Ecoles ou Facultés, etc. En même temps, on aura : les jeux floraux de la maintenance de Languedoc, avec concours littéraire en français et en dialectes du Midi ; un autre concours littéraire en français et en dialectes de l'Hérault, organisé par les félibres montpelliérains ; un troisième concours littéraire en français et en languedocien, organisé par l'Association des Etudiants. La Faculté des lettres profitera de l'occasion pour décerner un prix à l'auteur du meilleur travail philologique sur un texte provençal ancien. Le congrès annuel des Sociétés françaises de Géographie aura lieu à Montpellier pendant les fêtes universitaires ; l'Association pyrénéenne, qui a son siège à Toulouse, viendra le 25 mai. Une Exposition des beaux-arts est organisée par la Société artistique de l'Hérault, et une Exposition d'horticulture aura lieu sous les auspices de la Société d'horticulture et d'histoire naturelle de l'Hérault. Les délégués des Facultés de France et des Universités étrangères seront reçus en grande pompe avec leurs insignes, leurs bannières et leurs costumes, et une brillante soirée sera donnée en leur honneur à l'hôtel de l'Académie.

C'est le Président de la République qui présidera, dans la salle du théâtre, la séance solennelle dans laquelle sera célébré le sixième centenaire de l'Université de Montpellier ; M. Carnot remettra ensuite à l'Association des Etudiants un magnifique drapeau.

Pendant le séjour du Président de la République, il y aura un grand banquet officiel ; puis un bal offert par la ville, et, au théâtre, une soirée de gala. Un cortège historique, représentant Montpellier à travers les ages, parcourra les principales rues de la ville ; un album permettra aux curieux de se rendre compte des scènes pittoresques dont ils seront les témoins.

Conférence antivivisectionniste de Mme Marie Huot, secrétaire de la ligue antivivisectionniste, au Paradis-Latin, le 13 avril 1890.

Si jamais je retourne à une conférence de Mme Marie Huot, ce n'est que bardé de fer que j'affronterai cette terrible séance. Je comprends que cette dame cherche les réunions bruyantes, à scandale, puisque ces représentations orageuses font rentrer chaque fois 2 à 3.000 fr. dans la caisse de la ligue, argent envoyé par des âmes sensibles émues des misères des matous et des caniches ; mais elle ne devrait pas exposer les membres de la presse à recevoir des cochons en pain d'épice, des haricots, des peaux de lapin, de la farine, objets destinés aux ligueurs placés aux fauteuils d'orchestre. En effet, dans cette conférence, tout a été fait pour exciter les étudiants au chahut : cartes distribuées sur la voie publique ou envoyées à tous les élèves des hopitaux, choix du local, costume et tenue de la conférencière, attitude des autres membres de la ligue. Nous oublions le programme allêchant divisé en 2 parties : 1o Zoophilie et philanthropie, les *saintes* femmes à Paris... et au poste. 2o La fontaine de Jouvence et le rajeunissement perpétuel par la méthode du professeur Brown-Séquard, etc...

La séance a commencé par quelques airs joués par 3 artistes à l'air morose, tapotant, crincrinant et flûtant la Mère Miche, l Mal-

brough s'en va-t'en guerre et autres airs connus accompagnés par l'assistance. Puis le rideau s'est levé, et la conférencière est apparue en robe de bal rouge, la sacoche au côté... on attendait les bocks. Les vociférations et les cris d'animaux éclatent de toutes parts. Un monsieur à l'orchestre insulte le public ; un autre fait appel à la chevalerie française et prétend qu'il y a des étrangers dans la salle. Un loustic lui répond : Vive les Japonais, Monsieur. Enfin, la conférencière peut prendre la parole ; elle évoque les souvenirs de l'Exposition, pendant laquelle Paris, enivré de tauromachie, « ressemblait à un petit Madrid », et où la foule « trainant dans la boue du Champ-de-Mars s'en fourrait jusque-là... » Les animaux, dit-elle, « sont pour nous des frères, et au moment du centenaire de la déclaration des droits de l'homme, celle des droits des animaux s'imposait. » Mais Brown-Séquard était en train de démontrer sa toute-puissance et de « faire feu des 4 pieds et... du reste. » C'est alors que les membres de la ligue voulurent une manifestation et que quelques-uns d'entre eux faillirent passer sur les bancs de la correctionnelle.

Un étudiant en médecine, M. B..., prend alors la parole et demande à réfuter les arguments de Mme Huot avant qu'elle ne les expose. M. Magnan, dit-il, vient de classer 3 nouvelles folies : 1° celle de l'armée du salut ; 2° celle du candidat perpétuel à la députation ; 3° celle de la ligue antivivisectionniste. Les bravos de l'auditoire éclatent de toutes parts. Une dame antivivisectionniste, Mme G..., s'agite, demande l'expulsion de l'interrupteur. Enfin, après un bon moment, la conférencière reprend la parole, parle des refuges zoophiles qui sont au nombre de 100 à Paris et dans la banlieue, des expulsions des directeurs des refuges (l'orateur ne dit pas que ces établissements empestent les voisins), enfin des maisons philanthropiques établies à Londres par la ligue. Elle prétend que non seulement les médecins expérimentent sur les animaux, mais encore sur les malades des hôpitaux. Les clameurs couvrent alors la voix de l'orateur qui est obligée de s'asseoir (un de nos confrères a compté qu'elle s'était assise 117 fois pendant sa conférence). Au bout d'un instant, une quête est faite dans la salle pour donner la pâtée aux toutous et aux minets de Mme Huot. Elle rapporte 124 fr., dont un billet de 100 fr. « Il est faux, il est faux », crie-t-on. A 3 heures, le rideau s'abaisse, pour n'être levé qu'à 4 heures. Pendant ce temps, une mêlée a lieu dans l'enceinte réservée aux membres de la ligue, entre M. B... et les commissaires qui veulent l'empêcher d'aller faire ses excuses à Mme G... qu'il avait interpellée pendant la séance.

A la reprise de la conférence, Mme Huot ne peut prononcer une phrase sans être interrompue, dès qu'elle vient à parler de M. Brown-Séquard. Les clameurs, les cris d'animaux couvrent sa voix ; tous les projectiles possibles sont jetés sur la scène ; un étudiant balance d'en haut une peau de lapin attachée au bout d'une ficelle, puis la jette sur les personnes occupant les fauteuils d'orchestre. Enfin, à 4 heures 1/2, on est obligé de lever la séance, la foule s'écoule et va faire une ovation à Mme G..., puis à Mme Huot, à leur sortie. A. R.

Monument Durand-Claye, à Genevilliers.

Le Congrès international d'Hygiène et de Démographie qui s'est tenu à Paris, en août 1889, a voté par acclamation l'érection, à Gennevilliers, d'un monument à la mémoire d'Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées et de l'As sainissement de Paris, décédé le 27 avril 1888. Un Comité d'initiative, présidé par M. E. Trélat, s'est formé pour mettre ce vœu à exécution. Il fait appel à tous ceux qui s'intéressent à la santé publique ou qui en sont chargés à un titre quelconque, Savants, Médecins, Hygiénistes, Ingénieurs, Municipalités et Agriculteurs, etc., pour transmettre à la postérité le souvenir du savant ingénieur, du vaillant propagateur de l'assainissement des villes. Une souscription est ouverte.

Les souscriptions sont reçues dès à présent par le trésorier, M. Louis MASSON, inspecteur de l'Assainissement de Paris, 6, avenue Victoria. — Nous transmettrons au Comité les souscriptions qui nous seront adressées.

Dixième Congrès médical international de Berlin 1890.

SECTION DE MÉDECINE INTERNE (1).

Programme provisoire des travaux de la section de médecine interne. (D'après l'ordre chronologique) (2).

1 *Le traitement des maladies du cœur.* Rapporteur : Nothnagel-Vienne. — 2. *Le traitement des maladies des reins.* Rapporteurs : Lépine-Lyon ; Grainger-Stewart-Edinbourg. — 3. *Le traitement des anémies.* Rapporteurs : W. Osler-Baltimore ; Laache-Christiania. — 4. *Le traitement de la diphtérie en Amérique.* Rapporteur : Jacoby-New-York. — 5. *Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, spécialement dans les hôpitaux anglais.* Rapporteurs : H. Weber-London ; A. S. Loomis-New-York. — 6. *Sur le traitement du diabète.* Rapporteurs : Pavy-London ; Dujardin-Beaumetz-Paris ; Seegen-Vienne. — 7. *Sur le myxœdème.* Rapporteur : Ord-London. — 8. *Sur la fièvre dengue.* Rapporteur : Floras-Constantinopel. — 9. *Le traitement de la gravelle.* Rapporteur : Harvey-London. — 10. *De la nature du traitement de l'urémie.* Rapporteur : Landois-Greifswald. — 11. *De la nature et du traitement du tabes dorsal.* Rapporteur : Strümpell-Erlangen.

Communications annoncées.

1. *Les causes physiques des maladies du cœur avec projections lumineuses des éléments morphologiques du sang.* Cutter-New-York. — 2. *Le diagnostic des abcès du foie.* Pel-Amsterdam. — 3. *Sur l'élévation de la pression intercrânienne et de ses phénomènes.* Adamkiewicz-Cracovie. — 4. *La cirrhose hypertrophique du foie.* Rosenstein-Leiden. — 5. *Sur le traitement opératoire de la pleurésie exsudative.* Lewaschew-Kasan. — 6. *Sur le traitement du diabète.* Lewaschew-Kasan. — 7. *La Norvège et ses rapports étiologiques vis-à-vis des épidémies de diphtérie.* Johanessen-Christiania. — 8. *De l'énurèse nocturne chez les enfants.* Tienhofen-Haag. — 9. *Sur les rapports entre la théorie microbienne de la tuberculose et l'histoire clinique de la phtisie.* Sir Andrew Clark, Bart-London. — 10. *Sur la pathologie de la partie abdominale du grand sympathique.* Talma-Utrecht. — 11. *Sur la maladie du lait.* J. A. Kimmell-Findlay, Ohio. — 12. *Les méthodes thérapeutiques de la médecine interne.* Brieger-Berlin. — 13. *On acute obstructive pulmonary processes.* Andrew H. Smith-New-York. — 14. *Sur la ponction exploratrice.* Fürbringer-Berlin.

(1) Les communications concernant la section de Médecine interne doivent être adressées au Pr Ewald, Berlin W., Steglitzerstr, 68. Les autres communications sont reçues au bureau du secrétaire général, docteur Lassar, Berlin NW., Karlstr. 19.

(2) MM. les orateurs sont priés d'avoir un extrait de leurs discours prêt pour l'impression.

Congrès de Médecine interne (Vienne, avril 1890).

Le neuvième *Congrès de Pathologie interne* a été ouvert cette semaine dans la salle des fêtes de l'Académie des sciences, à Vienne, devant une assemblée très nombreuse. M. le conseiller aulique, le Pr Nothnagel, a adressé une allocution aux membres du Congrès. M. de Gautsch, ministre de l'instruction publique, leur a ensuite souhaité la bienvenue au nom du gouvernement. Il a rappelé les grands progrès obtenus dans le domaine de la pathologie interne et a fait ressortir l'importance du congrès. M. Prix, bourgmestre, a salué l'assemblée au nom de la ville de Vienne, et M. le Pr Billroth leur a souhaité la bienvenue au nom de l'Association des médecins.

On a procédé ensuite à l'élection du bureau, et le Congrès a commencé ses travaux.

M. le Dr Immermann (Bâle) a pris le premier la parole sur le *traitement de l'empyème.* Mercredi a dû s'ouvrir la discussion sur la *nature et les formes de l'influenza* avec Baumler (Fribourg).

La Folie.

« Un fiacre passait un soir, vers six heures, sur la place de la Concorde. Le véhicule marchait au pas en prenant la file des voitures, lorsque soudain la portière s'ouvrit et une dame, portant en sautoir un superbe ruban tricolore, sauta sur la chaussée au risque de se rompre les jambes. Puis, tout en gesticulant désespérément, cette singulière voyageuse se précipita sur une dame qui passait, lui arracha son parapluie et le lui cassa sur la tête.

« Au cours de la lutte, les agents accoururent et arrachèrent des mains de la furieuse sa victime ; ce n'est pas sans peine qu'ils purent ensuite conduire l'agresseur au commissariat de la rue de Varennes.

« Là, elle prétendit être Jeanne d'Arc et l'envoyée de Dieu. On put, un moment après, obtenir d'elle ses noms et adresse. Quelques instants après, son mari, M. L..., prévenu, arrivait au commissariat et reconnaissait sa femme qui donne *depuis quelques temps* des signes d'aliénation mentale.

« Il y a quelques jours, Mme L... acheta une énorme poupée ; elle la fit transporter dans son appartement où elle la choya ; puis, subitement, elle la précipita par la fenêtre. On juge de l'émoi des passants qui, tout d'abord, avait pris la poupée pour une enfant. L'infortunée a été envoyée à l'infirmerie du Dépot. (*Radical*, 29 mars 1890). »

Les accidents graves de ce genre occasionnés par des aliénés errants deviennent de plus en plus fréquents. Cela tient à ce que par suite des attaques incessantes de certains journaux

politiques, les familles et les médecins hésitent à faire placer dès le début les malheureux atteints d'aliénation mentale. Il en résulte une aggravation des maladies, des scandales et des sévices contre le public et même des meurtres.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — Dissection : MM. Farabeuf, Jalaguier, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Delens, Segond, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Marc Sée, Poirier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier.

Mardi 22. — Dissection : MM. Polaillon, Remy, Poirier.— 2e *de Doctorat* oral (1e partie) : MM. Lefort, Gley, Gilbert. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Brun.

Mercredi 23. — Dissection : MM. Farabeuf, Delens, Reynier. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Poirier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rendu, Retterer.— 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

Jeudi 24. — Médecine opératoire : MM. Panas, Brun, Poirier. 4e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Ball, Polaillon, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lefort, Bar, Nélaton. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguet, Hallopeau. — 2e définitif d'officiat : MM. Duplay, Debove, Quinquaud.

Vendredi 25. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Sée, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Retterer. (2e *Série*) : MM. Delens, Ricard, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

Samedi 26. — Dissection : MM. Cornil, Remy, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) : MM. Debove, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Brun, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Panas, Polaillon, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 23. — M. Porquier. Des luxations divergentes du coude (radius en avant, cubitus en arrière). — M. Rouschias. Des syphilides chancriformes des organes génitaux.

Jeudi 24. — M. Voizot. Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité. — M. Dijoud. Traitement de l'épilepsie par le borate de soude.

Enseignement médical libre.

Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon commencera, le lundi 21 avril, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, un cours libre de Pathologie nerveuse et de Psychiatrie sur les *applications cliniques de l'hypnotisme*, et le continuera les lundis et les vendredis suivants, à cinq heures. Dans ce cours, M. Bérillon passera en revue les acquisitions récentes faites dans le domaine de l'hypnotisme. Il étudiera spécialement les indications et les contre-indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies nerveuses et mentales.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 avril 1890 au samedi 12 avril 1890, les naissances ont été au nombre de 1098 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 407 ; illégitimes, 137, Total, 544. — *Sexe féminin :* légitimes, 389 ; illégitimes, 165, Total, 545.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 avril 1890 au samedi 12 avril 1890, les décès ont été au nombre de 1163 savoir : 610 hommes et 553 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 5. T. 8. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 25, F. 24, T. 49. — Scarlatine : M. 3, F. 4, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 5. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 25, T. 40.— Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 144, F. 88, T. 232. — Autres tuberculoses : M. 21. F. 13. T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 30. T. 44. — Méningite simple : M. 23, F. 24, T. 47. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 31, T. 62. — Paralysie : M. 1, F. 6 T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 31. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 14. T. 28. — Bronchite chronique : M. 27, F. 32. T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 14. T. 35. — Pneumonie : M. 35. F. 38. T. 73. — Gastro-entérite, biberon, M. 25, F. 14. T. 39. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3. T. 9, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2. T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Débilité congénitale : M. 18, F. 12, T. 30. — Sénilité : M. 9, F. 25. T. 34. — Suicides : M. 16, F. 7, T. 23. — Autres morts violentes : M. 5, F. 3. T. 8. — Autres causes de mort : M. 107. F. 82. T. 189. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 18. Total : 52. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 13. Total : 35.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hallopeau, licencié ès sciences, préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur au cours de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Drouin, appelé à d'autres fonctions. — M. Glaize (Stéphane-Marie-Joseph), interne des hôpitaux, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacemnent de M. Hallopeau, appelé à d'autres fonctions.

Concours pour l'Adjuvat d'anatomie. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai 1890, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 h., tous les jours, jusqu'au samedi 3 mai 1890 inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés rentreront en fonctions le 1er octobre 1890 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1893.

Concours pour le Prosectorat. — Un concours pour deux places de Prosecteur s'ouvrira le mardi 27 mai 1890, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 14 avril au mercredi 14 mai 1890 inclusivement. Les Prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1890 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1894.

Cours de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital St-Louis). — M le Pr Alfred Fournier reprendra le cours de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 25 avril 1890, à 9 heures du matin (hôpital St-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : Les mardis : *Leçons au lit des malades.* — Les vendredis : *Leçons à l'Amphithéâtre* (10 heures).

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le Pr Ball reprendra le cours de Clinique des maladies mentales le dimanche 20 avril 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Examens. (*Avis aux Candidats ajournés avant le* 9 *juin* 1890). — MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1890 sont informés que : 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin). — 2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 16 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; à partir du Ier juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.— Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront *jusqu'au 3 juin* 1890 inclusivement, *dernier délai.* Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1890 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Clinique des maladies des voies urinaires (Hôp. Necker). — M. le Pr Guyon. I. *Enseignement par le professeur*, de 9 h. 1/2 à 11 heures. Lundi : Visite des hommes. Opérations. — Mardi : Visite des femmes ; consultations. — Mercredi : Leçon à l'amphithéâtre et opérations. — Jeudi : Visite des femmes. Consultations. — Vendredi : Visite des hommes.— Samedi : Leçon à la polclinique. — II. *Enseignement pratique par l'interne* (médaille d'or) *et le chef de laboratoire* : Mercredi et samedi : Exercices cliniques, par M. Albarran, interne lauréat, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. Mardi et jeudi : Démonstrations histologiques et bactériologiques, par M. Hallé, ancien interne lauréat, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. Vendredi : Démonstrations d'urologie clinique au laboratoire, par M. Chabrié, chef du laboratoire de chimie, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — III. *Enseignement complémentaire par l'interne médaille d'or* : Mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2 du soir, cours théorique et pratique sur les maladies des voies urinaires.

École de santé de la marine. — La commission chargée d'examiner sur place quelle sera la ville où sera établie cette Ecole est composée de MM. Béranger-Féraud, directeur du service de santé ; Treille, médecin inspecteur du corps de santé colonial ; A. Vincent, secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine.

Écoles supérieures d'Alger. — M. Bourdais, receveur des droits universitaires à Alger, a été désigné pour remplir les fonctions d'agent comptable des écoles supérieures de la dite ville.

Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Chrétien, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé, en outre, à la dite Ecole, d'un cours de pathologie interne. — M. Brossard, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé, en outre, à la dite Ecole, d'un cours de clinique médicale.

Universités étrangères. — *Troubles à l'Université de Saint-Pétersbourg.* — D'après les dernières nouvelles relatives aux troubles scolaires à Saint-Pétersbourg, les autorités ont décidé de mettre en liberté les étudiants de l'Université arrêtés pendant les désordres, mais de renvoyer de Saint-Pétersbourg une trentaine d'élèves de l'Institut technologique, avec exclusion définitive pour dix et autorisation pour les vingt autres de reprendre leurs études après un ou deux ans, selon leur conduite.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central de Médecine.* — La liste des admissibles aux épreuves définitives est la suivante : Babinski, Béclère, Bourcy, Charrin, Lebreton, Morel-Lavallée, Richardière, Robert, Siredey, Thibierge.

Buste Damaschino. — Les élèves et amis du regretté professeur Damaschino ont décidé de lui élever un buste destiné à être placé dans la salle des actes de la Faculté de médecine. Le Comité de souscription est composé ainsi qu'il suit : MM. Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président ; les professeurs Charcot et Brouardel ; Gouguenheim, médecin de Lariboisière ; Bardoux, sénateur ; Francis Charmes, député ; Pauly, conservateur adjoint de la Bibliothèque nationale, membre fondateur de la Société des anciens élèves du lycée Henri IV. Les souscriptions sont reçues chez les secrétaires du Comité, MM. les Drs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

Académie de médecine. — *Legs.* — L'Académie de Médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme de 10,000 francs fait par M. Nativelle. Les arrérages de cette somme serviront à la fondation d'un prix annuel qui sera décerné au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Assistance publique. — *Dons.* — L'Assistance publique vient de recevoir deux nouveaux dons : Une demoiselle T... de J..., décédée tout récemment rue Condorcet, lègue une somme de 70,000 francs; — M. le Dr Gendrin, de son côté, a donné à la même administration une somme de 20,000 francs.

Bureaux de bienfaisance. — *Projets pour leur réorganisation.* — Le conseil municipal de Paris avait ouvert, il y a quelque temps, un concours avec primes à distribuer aux auteurs des meilleurs projets de réorganisation des bureaux de bienfaisance. Il a été adressé quarante-six rapports à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique. Le jury du concours est définitivement constitué. Il se compose de six conseillers municipaux élus par le conseil : MM. Paul Strauss, Albert Pétrot, Dr Cattiaux, Faillet, Dr Dubois et Dr Navarre. Trois jurés ont été élus par les concurrents : MM. Sigismond Lacroix, Lampué et Louis Lucipia. M. Sigismond Lacroix a été nommé président du jury, lequel comprend, en outre, un médecin des hôpitaux, M. le Dr Millard, élu par ses confrères, M. le Dr Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, M. Menant, sous-directeur des affaires municipales.

Distinctions honorifiques. — *Voyage du Président de la République dans le midi.* — M. Rolland, président de l'Association des étudiants, est nommé officier d'Académie.

Distinctions honorifiques. — La *Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie* (de Berlin) vient de nommer M. le Pr Ollier (de Lyon) membre correspondant honoraire.

Erratum. — Dans le dernier N°, page 297, *Compte rendu de la Société de Thérapeutique*, à la formule de la seconde colonne, lire :

Eau de laurier cerise	20	grammes.
Chlorhydrate de morphine.	0 20	centigr.
Sulfate d'atropine	0 02	centigr.

Hygiène alimentaire. — *Inspection des viandes abattues.* — Le Ministre de l'Agriculture a fait signer un décret rattachant à son ministère le service de l'inspection des viandes abattues, qui dépend actuellement de la direction de l'hygiène et de l'assistance au ministère de l'Intérieur. Ce rattachement permettra de réunir le service des viandes abattues à celui des bestiaux vivants, qui dépend déjà du ministère de l'Agriculture.

La médecine au Conseil municipal. — *Création d'un hospice intercommunal de vieillards.* — Dans sa séance du 3 avril dernier, le Conseil général de la Seine a voté la répartition de la somme de 300,000 francs, votée le 20 décembre 1889, entre les communes associées de Bagnolet, des Lilas, Pantin et le Pré-Saint-Gervais, au prorata de leurs populations, pour la construction de l'hospice des vieillards, à construire sur le territoire de Pantin.

Le Choléra a Bordeaux. — *Faux bruit.* — Le 8 février, trois cas de choléra se sont produits à bord du *Fulford*, avant qu'il quittât le port de Chittagong. Immédiatement des mesures de précaution furent prises. On désinfecta le navire avec beaucoup de soin. L'état sanitaire du *Fulford* a été excellent pendant la traversée ; il n'y a pas eu un seul cas de choléra. Le *Fulford* se dirigea vers Bordeaux. Des bruits de choléra se répandirent alors dans cette ville. On craignit l'apparition du fléau. Le conseil sanitaire de Bordeaux se réunit et envoya le *Fulford* à Pauillac. Il n'y a eu aucun cas de choléra à Pauillac. Néanmoins, pour rassurer l'opinion publique, le navire a été considéré comme contaminé et a été désinfecté, bien qu'il fût indemne. L'état sanitaire du *Fulford* ne laisse rien à désirer.

L'Homéopathie en France. — *Banquet des Homéopathes.* — On a fêté, cette semaine, dans l'ancien et le nouveau monde, le 134e anniversaire de la naissance de Hahnemann. Aux Etats-Unis, où, sur 20,000 médecins pratiquant, il y a 11,000 homéopathes, la manifestation a eu un caractère particulièrement imposant. A Paris, elle a eu un caractère plus restreint et a été suivie d'un banquet. Depuis vingt-deux ans, la Société fédérative hahnemanienne et la Société médicale homéopathique de France étaient devenues des sœurs ennemies. Il a fallu le congrès international homéopathique de 1889 pour faire cesser cette division. C'est toujours ça de gagné.

Loi sur l'exercice de la médecine. — Il y aura dimanche prochain 20 avril, dans l'après-midi, de 2 à 3 h., une *réunion des médecins de la Seine* pour discuter la loi sur l'exercice de la médecine. Cette réunion aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Muséum d'Histoire naturelle. — M. le Pr De Quatrefages, membre de l'Institut, a commencé son cours le mardi 15 avril 1890, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, à trois heures, et le continuera les mardis et les mercredis suivants, à la même heure. Il exposera d'abord très sommairement ce que sont *l'espèce, la race et la variété chez tous les êtres vivants.* Puis il passera en revue les principales *théories transformistes* en insistant spécialement sur celles de Charles Darwin et de ses principaux disciples. — M. le Pr A. Milne-Edwards, membre de l'Académie des sciences, a commencé son cours le mercredi 16 avril 1890, à 2 heures. Le professeur traitera de l'*Histoire des Mammifères*, au point de vue de leur organisation, de leur classification et de leur distribution géographique. Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie. — M. le Pr Albert Gaudry, membre de l'Académie des sciences, a commencé son cours, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, le mercredi 16 avril 1890, à 3 h. 1/2, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. Il fera *l'histoire des êtres qui ont vécu dans les temps géologiques.* Il traitera des *fossiles et des terrains secondaires.* — M. le Pr Des Cloizeaux, membre de l'Académie des sciences, a commencé son cours le mercredi 16 avril 1890, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Après avoir exposé les *propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification*, le professeur fera *l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.*

Médecins députés. — Sont nommés députés : M. le Dr Lafont, conseiller général républicain (1re Circ. de Bayonne, Basses-Pyrénées), par 6,423 voix sur 6,799 votants ; M. le Dr Alicé-Froin (Blaye, Gironde).

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros de trois nouveaux journaux, deux américains et un italien. D'abord *El Progresso medico-farmaceutico* (Buenos-Ayres), dirigé par M. le Dr Pettier ; puis *Il policlinico* (ce dernier parait à Turin) ; enfin *La Farmacia* (du Mexique).

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Le banquet annuel de la Société de Médecine publique a eu lieu le vendredi 18 avril 1890, à 7 heures précises du soir, à l'hôtel Continental. On a pensé qu'il y avait lieu d'attendre pour fixer la date de ce banquet, que les Comités d'étude soient tout à fait constitués. Maintenant que cette organisation existe et que les Comités commencent à fonctionner, ce banquet, pour les membres qui les composent, sera désormais une occasion de se réunir d'une manière plus intime ; et, pour les membres nouveaux, de continuer les traditions de bonne confraternité et d'affectueuse estime qui unissent les membres anciens depuis déjà 14 ans.

La cotisation est de 20 francs. Les adhésions doivent être adressées à M. le Dr Thévenot, trésorier, 44, rue de Londres ou à M. le Dr Philbert, commissaire organisateur du banquet, 34, boulevard Beaumarchais.

Société française d'otologie et de laryngologie. — Nous rappelons à nos lecteurs que la première séance de la réunion annuelle de cette Société aura lieu à Paris (28, rue Serpente, palais des Sociétés savantes), le 23 mai prochain, à 8 heures du soir.

Société de protection pour l'enfance abandonnée. — La Société de protection pour l'enfance abandonnée ou coupable a tenu, dimanche dernier, à la Sorbonne, son assemblée générale. Il résulte du rapport financier que les recettes se sont élevées à 240,872 francs et que les dépenses ont été de 237,203 francs. Une dame anglaise a fait en outre à la Société un don princier de 500,000 francs, ce qui a permis de créer à Nice une nouvelle maison où sont soignés une vingtaines d'enfants.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 21 avril 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la Salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ; — 2° Communication de MM. les Drs Gilbert, Ballet et Vibert. Rapport médico-légal sur un Persécuté homicide ; — 3° M. Gilles de la Tourette. Les ecchymoses spontanées chez les hystériques, leur interprétation par l'état mental ; — 4° Rapport médico-légal sur une affaire d'empoisonnement présumé par la liqueur de Fowler. Envoi de M. Leprime, membre correspondant à Bourges

Une Faculté de médecine a Marseille. — A un banquet offert au Président de la République en tournée dans le midi, M. Baret, maire de Marseille, a appelé l'attention des pouvoirs publics sur l'intérêt national qui commande de contribuer à l'assainissement de Marseille et de compléter l'outillage intellectuel de la ville par la création d'une Faculté de médecine à Marseille. Il a demandé au ministre de la marine de choisir Marseille pour installer l'Ecole de médecine navale.

Nécrologie. — M. Péligot, membre de l'Institut et administrateur de la Monnaie de Paris. Né en 1811, élève de l'Ecole centrale, Péligot (Eugène-Melchior), élève de Dumas (1832), fut nommé professeur de chimie à l'Ecole centrale (1835). Il fut délégué en 1845 par la Chambre de commerce de Paris pour examiner l'Exposition de l'Industrie autrichienne. Nommé, à son retour, professeur de chimie au Conservatoire des Arts-et-Métiers, et, peu après, essayeur à l'Hôtel des Monnaies, il avait été admis à l'Académie des sciences (section d'économie rurale) en 1852. On lui doit la découverte de l'uranium (1847) et une foule de recherches d'ordre chimique très importantes. M. Péligot sera vivement regretté par le monde savant tout entier. — M. le Dr L.-Ch. Rondanez (Nouvelle-Orléans). — M. le Dr Colin (Menton). — M. le Dr Gaudin (Bastia). — M. le Dr Madon, ancien médecin de la marine. — M. le Dr Smith, de l'Université de Dublin. — M. le Dr Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain (Belgique). — M. le Dr Certerick (Anvers). — M. le Dr Soulié (de Paris). — M. le Dr Peret, médecin-major à Bayonne. — M. le Dr Orakian, de Buynkdéré (Turquie). — M. le Dr Castaldi, ancien délégué sanitaire ottoman, mort à Parme, le 2 mars dernier. — M. Letourneux (Aristide-Horace), membre de la Société climatologique d'Alger, des principales Sociétés botaniques de France, de la Société de malacologie, de géographie, d'archéologie et d'histoire d'Alger, ainsi que de l'Institut égyptien, vient de mourir. Il était né à Rennes, le 20 février 1820. On lui doit : *Excursions macologiques en Kabylie, dans le Tell oriental, en Tunisie, en Dalmatie, en Croatie, etc.*; *Une étude zoologique sur la Kabylie du Djurjura*; *Une longue dissertation sur l'Ichtyologie de l'Algérie*; *Une dissertation sur les monuments funéraires de l'Algérie orientale*; *Un aperçu des monuments préhistoriques de l'Algérie*; *Une étude sur le déchiffrement des inscriptions libycobères*; *Un catalogue des plantes de la Tripolitaine.* Depuis 1883, M. Letourneux faisait partie de la mission scientifique de Tunisie, où il a exécuté quatre voyages d'exploration, à la suite desquels il a publié un premier rapport au ministre de l'instruction publique, sur la mission de 1884, en collaboration avec M. Bourguignat, rapport intitulé : *Prodrome de la macologie terrestre et fluviale de la Tunisie.* Au moment de sa mort, il préparait un mémoire sur les *monuments mégalithiques de la Tunisie et de l'Algérie* et un ouvrage sur *l'histoire et la genèse des langues de la race blanche.* (*J. d. méd. et d. pharm. d'Algérie.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Bichat. — *Conférences de clinique et de thérapeutique du Jeudi.* M. le Dr Henri Huchard a commencé, le Jeudi 27 mars, ces Conférences au lit du malade. Il les continuera chaque semaine, le même jour et à la même heure (dix heures précises). — *Objet de ces conférences :* Médecine pratique ; diagnostic et traitement des maladies ; indications thérapeutiques ; mode d'administration et posologie des médicaments.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Clinique infantile.* — M. le Dr Descroizilles commencera ses Leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 25 avril, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades, avant la leçon, salle Dechaumont.

Hôpital Trousseau. — *Conférence de clinique infantile.* — M. le Dr Legroux, agrégé à la Faculté, reprendra ses leçons sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à 3 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau ; il les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : **Bourneville.**

Pari — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 17. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 AVRIL 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

HÔPITAL NECKER. — M. le Pr **F. GUYON**.

Leçon d'ouverture (1) ;

Messieurs,

L'accueil que je reçois de vous me touche profondément.

Il m'émeut à ce point, que, si je me laissais influencer par les sentiments que j'éprouve, je pourrais me croire à mes débuts.

Il me suffit de regarder autour de moi pour dissiper toute erreur. Je me vois entouré de mes anciens élèves et j'ai le bonheur de distinguer ceux que leur talent et votre suffrage ont déjà élevés à la dignité de maîtres; il m'est facile de reconnaître ceux qui bientôt seront salués du même titre. La pensée, qui nous permet d'aller bien au delà des limites du regard, me reporte sur ceux qui, dans nos départements ou à l'étranger, ont acquis l'autorité la plus légitime. Je rentre dans la réalité, en constatant que depuis vingt années je viens ici chaque mercredi m'entretenir de nos malades avec la jeunesse studieuse; je voudrais y demeurer, en espérant que vous continuerez à être exacts à nos rendez-vous.

L'attachement de mes élèves a été jusqu'ici mon inestimable bien. Je me laisse aller à croire que le lien qui unit celui qui enseigne à ceux qui écoutent ne s'est pas relâché; il a plus d'une analogie avec ceux qu'établissent les affections de la famille, et je ne puis trop désirer qu'il se resserre. Je suis, en tout cas, persuadé que j'ai le droit de parler en votre nom, que je ne me trompe pas en vous associant à mes sentiments; et je tiens à ce que notre premier acte soit de remercier en commun tous ceux qui ont voulu fonder un nouvel enseignement à la Faculté de Médecine de Paris. C'est en votre nom, au mien que je leur exprime notre gratitude.

Il en est qui ont eu l'initiative; d'autres ont favorisé cette création avec infiniment de bonne volonté, je devrais dire avec une entière bonne grâce. Vous ne serez pas surpris de trouver, parmi les premiers, l'éminent Directeur de l'Instruction Supérieure.

Vous savez ce que M. Liard a déjà réalisé pour les hautes études, combien son attention a été particulièrement accordée aux sciences médicales. Les élèves et les professeurs de la Faculté ne sauraient trop le reconnaître. Ils ne peuvent non plus trop se souvenir de ce que notre ancien Inspecteur général a voulu et fait pour nous. M. Gavarret n'a été distrait de sa tâche ni par l'âge, ni par l'heure de la retraite, et les douloureuses épreuves qu'il subit en ce moment nous l'attachent plus étroitement encore.

Vous attendez un autre nom, car parmi ceux que préoccupent incessamment le présent et l'avenir de l'Ecole, qui y consacrent toute leur activité, mettent à leur service la volonté la plus ferme, le caractère le plus conciliant et pour tout dire l'affection la plus vigilante, qui pourrait oublier M. Brouardel !

En cette occasion notre Doyen s'est donné tout entier : c'est dire ce qu'il a fait.

Nos collègues lui ont fourni le principal élément de sa force en approuvant le projet qui leur était soumis. Je les remercie tous. Enfin le vœu de la Faculté a été rendu effectif grâce au Conseil de l'Assistance publique et de son Directeur général. M. Peyron n'oublie jamais qu'il porte le titre de Docteur en médecine : il sait affirmer par des actes son dévouement au progrès scientifique.

Je dois à tous ceux que je viens de signaler à votre reconnaissance, aux malades qui se confient à nous et à vous, MM. les élèves, d'exposer rapidement comment se fera l'enseignement qui m'est confié et dans quel esprit il sera dirigé.

Vous avez notre programme sous les yeux (1) ; je vous dispense de l'énumération de ce qu'il contient. Ce sont surtout, vous le voyez, des leçons de choses. Ecouter est sans doute nécessaire, même en clinique ; mais voir, voir beaucoup, voir avec méthode est indispensable. A ce genre d'enseignement convient sans conteste la formule de Bichat : « Il faut voir la nature et non pas l'apprendre. »

Nous voilà renseignés sur l'emploi de notre temps; il est facile de tomber d'accord sur l'esprit de nos travaux. Nous nous réunissons ici pour faire de la chirurgie; c'est donc aux principes qui l'inspirent et aux règles qui la dirigent que nous avons à nous conformer. Ainsi que nos collègues de la Faculté et des Hôpitaux, nous chercherons à réaliser tout ce que réclament la Pratique et la Science. Ce sont les parties d'un même tout. Ne pas les maintenir dans la plus étroite solidarité, accorder à l'une ce que l'on refuserait ou ce que l'on donnerait parcimonieusement à l'autre, c'est peut-être se ménager l'occasion d'arriver à des résultats hâtifs, ce n'est pas le moyen de concevoir et de produire des œuvres viables dont la longévité affirme la valeur. A notre époque, dans le siècle et dans le pays des Claude Bernard et des Pasteur, on ne saurait ne pas faire marcher parallèlement l'observation clinique et l'expérimentation ; ne pas les contrôler incessamment l'une par l'autre.

(1) Leçon du 23 avril 1890. — [Nous remercions notre cher maître, M. le Pr Guyon, d'avoir bien voulu nous autoriser à reproduire *in extenso* la leçon d'ouverture de son cours. C'est la première Clinique officielle des Maladies des voies urinaires faite en France. (Marc. B.)

(1) Voici ce programme : *Clinique des Maladies des voies urinaires* (Hopital Necker). M. le Pr Guyon. I. *Enseignement par le professeur*, de 9 h. 1/2 à 11 heures. Lundi : Visite des hommes. Opérations. — Mardi : Visite des femmes. Consultations. — Mercredi : Leçon à l'amphithéâtre et opérations. — Jeudi : Visite des femmes. Consultations. — Vendredi : Visite des hommes. — Samedi : Leçon à la policlinique. — II. *Enseignement pratique par le chef de clinique et le chef de laboratoire*. Mercredi et samedi : Exercices cliniques, par M. Albarran, interne lauréat, chef de clinique, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. Mardi et jeudi : Démonstrations histologiques et bactériologiques, par M. Hallé, ancien interne lauréat, chef de laboratoire, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. Vendredi : Démonstrations d'urologie clinique au laboratoire, par M. Chabrié, chef du laboratoire de chimie, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — III. *Enseignement complémentaire par le chef de clinique*, interne médaillé d'or. Mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2 du soir, cours théorique et pratique sur les maladies des voies urinaires.

Cette action parallèle ne peut cependant suffire ; il faut de toute nécessité recevoir une impulsion directrice et c'est à la Clinique que nous la demanderons. Cela revient à dire que nous aurons pour moyen principal l'observation des malades. Comment avoir sans elle la notion exacte des problèmes que nous pose chaque jour la maladie? Elle seule nous fournira, sans les dissocier, les éléments qui permettent de les résoudre ; mais, pour que chacun d'eux acquiert une valeur effective et concoure à une démonstration pour en faire l'analyse et pour constituer un ensemble, il nous faut d'autres moyens.

Vous le savez, ce n'est plus seulement à l'Anatomie pathologique, ni même à la Physiologie pathologique, c'est aussi à la Bactériologie, à l'Histologie et à la Chimie qu'il nous est de plus en plus donné de les demander. Si la part de l'observation est considérable, celle du Laboratoire est fort grande.

La subordination de l'un à l'autre ne peut donc être admise et je ne viens réclamer rien de semblable. Cela serait aussi loin de la vérité que de mon esprit. Au laboratoire comme dans la salle des malades, observez avec une entière liberté. Mais, s'il est bon d'exclure la subordination, ne croyez pas nécessaire de vous affranchir d'une direction. Elle vous désigne le but, vous aide à l'atteindre, car elle vous donne une méthode, c'est-à-dire l'instrument même du succès. Vous obéirez aux véritables tendances de l'esprit français en recourant sans cesse à la Science et en demeurant toujours sur le terrain de la Clinique.

Nous étudierons nos malades en ayant pour objectif de nous éclairer sur tous les points du diagnostic, et de leur donner, autant qu'il sera possible, le bénéfice de l'intervention. C'est à juste titre que la thérapeutique chirurgicale devient de plus en plus opératoire. La crainte de l'instrument tranchant n'existe plus et nous sommes à jamais délivrés de l'effroi légitime qu'inspiraient à nos devanciers les suites des opérations. Notre situation est donc enviable ; mais elle nous crée de grands devoirs. Il serait coupable de se réfugier sans motifs graves dans l'abstention.

On se tromperait néanmoins en pensant que le succès opératoire justifie toutes les tentatives et qu'il peut absoudre les témérités. Nos actes doivent avoir pour sanction des bienfaits durables. Nous les assurerons à nos malades en restant toujours en face des réalités cliniques, en ne voulant que ce qu'elles permettent d'espérer.

L'enseignement que vous recevez vous a habitués à entendre ce langage ; mais il est des choses qu'il faut dire très haut et très souvent. Aussi doit-on répéter aujourd'hui plus encore qu'autrefois que notre véritable, notre seul point d'appui est dans le diagnostic. Lui seul peut nous donner l'autorisation d'agir. La reconnaissance préalable de l'ennemi et du terrain d'attaque s'impose dans toutes les luttes. Avant d'intervenir, il faut que nous ayons tout vu ou tout prévu.

C'est à l'aide de la séméiologie que nous chercherons tout d'abord à nous éclairer. En chirurgie, comme en médecine, c'est la base du diagnostic. Elle nous fait pénétrer dans l'intimité des faits ; nous habitue à saisir toutes les expressions de leur langage, à les comprendre et à les traduire clairement. Bien des secrets nous sont ainsi livrés et le diagnostic, s'il n'est pas encore fait lorsque les symptômes ont été méthodiquement interprétés, est sûrement orienté.

Nous pouvons dès lors donner aux recherches qui le complètent la direction qui en assure l'efficacité et en règle l'emploi.

Suivant les cas, nous aurons recours à l'analyse anatomique, à l'analyse bactériologique, à l'analyse chimique, aux inoculations de produits morbides, aux diverses explorations que nécessite tout examen chirurgical.

Les explorations ont le malade pour sujet ; aussi ne peuvent-elles avoir pour but de nous conduire à des révélations imprévues. Elles exercent un contrôle indispensable, elles fournissent les démonstrations nécessaires à la sanction du diagnostic ; elles ne sauraient poursuivre l'inattendu. Vos malades ne seront donc pas soumis à d'inutiles recherches ; les épreuves que vous les invitez à accepter sont absolument légitimes parce que vous avez eu soin d'en établir scrupuleusement l'indication. Vous êtes autorisés à les conseiller avec insistance ; vous avez même acquis le droit, si les ressources ordinaires du diagnostic ne sont pas suffisantes, de chercher à vous éclairer par une opération.

La démonstration de l'utilité de l'incision exploratrice est aujourd'hui bien faite et la chirurgie moderne ne saurait, sans préjudice, lui refuser le rang qu'elle a conquis parmi les moyens capables de conduire au diagnostic.

L'incision exploratrice ne saurait néanmoins se substituer aux autres procédés de diagnostic. En le pensant, on se ferait des illusions que ne comporte pas la clinique. Son emploi, soumis à des règles précises, à des indications positives, n'est vraiment justifié que dans un petit nombre de cas. L'intervention opératoire, aussi loin qu'on veuille la pousser, ne supprime pas les problèmes cliniques ; elle ne permettra jamais de se passer de l'observation. On ne se laisse pas aller à trancher les difficultés que l'on aurait pu dénouer quand on prend l'habitude de demander à l'observation tout ce qu'elle peut donner, quand on n'oublie pas qu'elle a le privilège de percevoir la nuance la plus fine et la plus juste du vrai. Il ne suffit d'ailleurs pas d'examiner une lésion, d'en déterminer la nature et le siège, d'en préciser les connections. L'anatomie nous permet d'obtenir ces résultats et nous apprend en outre à décrire avec méthode. Elle est et sera toujours notre guide le plus indispensable.

Il n'est pas permis d'attaquer ni même d'explorer un organe sans le connaître anatomiquement. Mais n'est-il pas aussi vrai qu'on ne peut ni l'examiner, ni le traiter utilement sans connaître sa physiologie ? Pour la partie de la chirurgie que nous sommes destinés à étudier ensemble, je me suis attaché de tout temps à démontrer qu'on devait explorer et opérer physiologiquement. On recueille de la sorte des renseignements qui passeraient inaperçus ou que l'on n'apprécierait pas à leur juste valeur ; on évite ainsi des fautes graves. Ce n'est pas aujourd'hui que je peux me permettre de citer des exemples ; il me serait trop facile de les accumuler pour que je ne sache pas en attendre l'occasion.

Nous voulons donc utiliser pour le diagnostic toutes les clartés d'où qu'elles viennent. C'est la condition la plus nécessaire de ses progrès. Nos devanciers les ont surtout demandées à l'anatomie chirurgicale et ont solidement édifié l'œuvre qui se poursuit de nos jours. Ils nous ont permis d'aller assez en avant pour qu'il nous faille davantage.

Si le progrès s'accentue, si nous continuons à bien nous diriger dans la forêt de faits que réclamait Bacon, c'est qu'ils nous ont légué l'esprit clinique. L'esprit

clinique est encore une des qualités les plus caractéristiques de l'enseignement français ; il marche, grâce à lui, toujours d'un pas sûrement progressif. L'esprit clinique préserve de ces retours en arrière qui rétablissent les distances au profit de celui qui a paru se laisser devancer.

Ce qui est vrai pour le diagnostic l'est aussi pour la thérapeutique chirurgicale. La méthode sanglante moderne a réalisé les plus utiles et les plus admirables progrès; elle permet de poursuivre d'inappréciables conquêtes. On tomberait pourtant dans une singulière et grave erreur si l'on supposait qu'elle résume et embrasse à elle seule le traitement de tous les cas qui relèvent de la chirurgie. La méthode non sanglante a conservé et conservera son rang ; sa supériorité dans bien des cas est indéniable.

Sur notre terrain, la preuve est facile à faire ; nous le constaterons chaque jour en nous assurant, par de nombreux exemples, que le perfectionnement peut, aussi bien que le changement, concourir au progrès.

Il y a longtemps que je retiens votre attention, et je n'ai pas encore parlé Spécialité. Vous vous en étonnez peut-être, mais j'aurais mauvaise grâce à m'excuser. Je l'ai fait à dessein, désireux que j'étais d'établir avant tout que nous voulons penser et agir en chirurgien. La spécialité ne saurait en effet être admise si elle entraînait l'idée d'une étude exclusive ou abstraite d'un point de notre science. Les gens du monde peuvent rêver de je ne sais quel fractionnement qui aboutirait à l'exercice isolé de chacune des parties de notre art. Sans nous préoccuper de semblables tendances qui n'ont à coup sûr rien de scientifique, il faut reconnaître l'utilité de l'étude approfondie de certaines parties de la médecine ou de la chirurgie. On l'a toujours compris et le mouvement moderne ne peut qu'accentuer cette manière de voir.

En nous adonnant à des recherches circonscrites, notre première, notre principale préoccupation doit être de respecter l'unité de notre science. Pour ne pas s'exposer à séparer la partie de l'ensemble, il faut avant tout ne pas s'éloigner prématurément des études générales, ne pas aborder la pratique sans avoir pris l'habitude des conceptions et des idées directrices qui réagissent la chirurgie dans ses applications.

Si vous consacrez alors votre savoir à la culture de l'une des branches de notre belle science, vous lui rendrez les services qu'elle mérite. Vous vous conformerez aux conditions créées par l'heureuse extension de nos connaissances, l'habitude de se renseigner sur tout ce qui se fait autour et en dehors de soi, l'activité intense que développe l'émulation scientifique et c'est à bon droit que plusieurs d'entre vous limiteront leurs recherches pour servir plus efficacement le progrès.

Il est d'ailleurs bien rare que le chirurgien le plus encyclopédiste n'aie pas son sujet de prédilection. La science en a tiré de tels profits, cela a si bien servi à l'instruction de tous, qu'il serait inutile de citer des exemples, si je ne tenais à prononcer aujourd'hui le nom de Velpeau. Personne, peut-être, mieux que mon vénéré et très aimé maître, n'a prouvé qu'il n'est aucun point de la chirurgie que ne puisse traiter avec supériorité une grande intelligence servie par un opiniâtre labeur. Mais son œuvre capitale, celle qui survivra quels que soient les progrès accomplis est, de l'avis de tous, le Traité des maladies du sein. Dans ce livre magistral, ce n'est pas seulement l'histoire pathologique d'une région fort limitée qui se présente à nos méditations. La question de la nature des néoplasmes, les grandes lois qui réagissent leur diagnostic s'y trouvent formulées. Velpeau, selon l'expression de Broca, comprit la nécessité de débrouiller le chaos des tumeurs. Il y arriva par les seules ressources de la clinique. Comment pareil monument scientifique aurait-il été élevé s'il n'avait eu pour artisan un chirurgien accompli !

Quelle que soit notre part, quelles que soient les limites que nous nous imposions, nous travaillons à une seule et même œuvre, nous devons tous obéir à la loi nécessaire de la généralisation. Là se trouve le levain qui fait germer, qui permet de fructifier ; de là jaillit la lumière qui éclaire les particularités que des recherches spéciales livrent à une analyse minutieuse.

Dans son langage pittoresque, notre grand Ambroise Paré disait, en parlant des travaux des anciens, « qu'ils servent d'eschanguettes pour voir de loin ». On peut répéter ces paroles à propos des généralités.

Soyez donc avant tout Chirurgiens ; méritez ce titre comme l'ont mérité mes anciens élèves, vos aînés et vos exemples.

Peut-être pourrais-je, en jetant un regard en arrière, chercher à démontrer que j'ai été fidèle aux principes que je vous recommande et que les résultats obtenus leur sont attribuables. J'aime mieux vous dire qu'un large champ de recherches s'ouvre devant vous ; que vous pouvez y préparer une riche moisson et que votre labeur sera récompensé par d'importantes découvertes.

La clinique vous en réserve, quoiqu'elle soit en possession de bien des données que l'on doit considérer comme définitivement acquises ; la thérapeutique qui, pour nos malades, est à la fois médicale et chirurgicale, ne répond pas toujours à tout ce que nous avons à lui réclamer.

L'Anatomie pathologique, malgré ses progrès, demande plus de précision encore, surtout en ce qui concerne l'histologie. La physiologie pathologique, si nécessaire à bien connaître pour chacun des départements de l'appareil urinaire, a une importance particulièrement grande, en raison de la solidarité de toutes les parties qui la composent. Elle sollicite toute l'attention de l'observateur, toute la sagacité des expérimentateurs. — La Microbiologie commence à peine à donner des fruits en chirurgie urinaire ; et cependant les résultats acquis ont une importance telle qu'ils peuvent faire préjuger de ce que nous devons en attendre. La part la plus large dans ce qui a été fait jusqu'à présent revient, je le constate avec fierté, à mes élèves. J'ai la volonté de les mettre à même de poursuivre toutes les recherches que comporte cette science si féconde.

J'accomplirais mal la mission qui m'est confiée si je n'apportais à votre éducation professionnelle la même préoccupation de ne rien négliger. La pratique de la chirurgie des voies urinaires est l'une de celles où la responsabilité du chirurgien est le plus directement en jeu. Vous savez les accidents auxquels exposent des manœuvres entreprises mal à propos ou mal dirigées. Nous ne pourrons jamais trop attentivement vous enseigner à quelles indications vous avez à vous référer pour agir, à quels principes, à quelles règles vous devez obéir pour intervenir avec sécurité. La santé, la vie de vos malades, votre avenir lui-même en dépendent ; que vous vous livriez à la médecine ou à la chirurgie, que vous exerciez dans les villes ou à la campagne, vous n'échapperez pas à l'obligation de traiter les maladies des voies urinaires. Leur fréquence est extrême et les accidents qu'elles provoquent souvent trop pressants

pour qu'il vous soit possible de recourir à un conseil. Avec une éducation imparfaite, vous seriez exposés à rester au-dessous de votre rôle; vous pourriez avoir le malheur de déterminer les accidents auxquels je viens de faire allusion. Mais si vous avez appris à reconnaître ces maladies, à soigner ces malades, les secours que vous porterez seront de ceux dont on ne perd pas le souvenir.

Mon service vous sera largement ouvert et les ressources dont il dispose seront utilisées pour vous apprendre à prévoir, à prévenir et à combattre.

Pour accomplir cette tâche j'ai besoin de concours éclairés et dévoués ; ils ne me feront pas défaut. Je sais à quel point je puis compter sur mon chef de clinique, sur mes chefs de laboratoire et mes internes.

La création de la chaire des maladies des voies urinaires a d'ailleurs substitué à la bonne volonté d'un homme la puissance de la Faculté. C'est là votre meilleure garantie. Elle nous donne dans le présent la force qui nous faisait défaut; elle assure l'avenir.

L'enseignement que j'inaugure vous est définitivement acquis.

Remercions encore une fois tous ceux auxquels vous le devez.

PATHOLOGIE NERVEUSE

OSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La Nutrition dans l'Hypnotisme;

par **GILLES DE LA TOURETTE** et **H. CATHELINEAU.**

Les recherches dont nous allons exposer les résultats font suite à celles que nous avons entreprises sur la *Nutrition dans l'hystérie* dans le service de notre éminent maître, M. le Pr Charcot. Le sujet, du reste, est loin d'être épuisé, ainsi que nous pouvons nous en convaincre tous les jours.

Il nous a semblé utile, en effet, en présence de certaines affirmations, qui tendent à faire de l'hypnotisme une manifestation des plus banales, de rechercher si chimiquement nous ne pourrions pas découvrir certains phénomènes qui, à l'instar de l'hyperexcitabilité neuromusculaire, des tracés pneumographiques (Charcot et Paul Richer), missent l'observateur à l'abri de toute simulation. Nous apportions de cette façon notre contribution au déterminisme de l'hypnose, de cette manifestation que l'École de la Salpêtrière a toujours considérée comme étant d'origine pathologique.

Nous avons transporté dans ce domaine la méthode qui nous avait servi dans l'étude de l'hystérie : à savoir l'analyse des excreta urinaires, l'urine étant recueillie par fractions de 24 heures, la veille, le jour et le lendemain de l'expérience ; puis les excreta urinaires étant rapportés au kilogramme d'individu sain.

Trois femmes ont servi plus particulièrement à nos expériences, toutes les trois hystériques, toutes les trois présentant les stigmates caractéristiques de l'hypnotisme étudiés dans ses trois périodes, léthargie, catalepsie, somnambulisme. Les recherches ont été faites dans l'intervalle des règles, sans changer en aucune façon le régime journalier des sujets.

Au préalable, pendant huit jours, nous avions étudié leur état normal, dont la moyenne pour les huit jours d'expérience, parfaitement physiologique d'ailleurs, est représentée dans le Tableau I.

TABLEAU I.
Etat normal.

NOMS	PÉRIODES	VOLUME	RÉSILU FIXE TOTAL	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORT A 100	OBSERVATIONS
		c.c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr,		
Schey...., 19 ans P. = 68 k. 500 (salle Duchenne).	Et. normal.	170	49	22 10	0.65	1.60	2 25	35 à 100	Moyenne de 8 jours d'expériences, du 4 au 12 juin 1889.
Clesi ...., 21 ans P. = 72 k. (salle Duchenne).	Et. normal.	1150	42.95	22.40	0.69	2.11	2.80	32 à 100	
St-Den.. , 16 ans P. = 56 k. (salle).	Et. normal.	77	42.35	24.05	0.45	1.38	1.83	32 à 100	

Le 25 juin 1889, à 10 h. 25 du matin, les trois sujets sont plongés en léthargie par la pression des globes oculaires. Chez les trois on constate la forme léthargique de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, présente encore au moment du réveil provoqué qui a lieu à à 11 h. 25. Rien de particulier à noter, les sujets déjeûnent et dînent comme à l'ordinaire.

Les excreta urinaires du 22 juin, veille de l'expérience, étaient normaux ; les excreta du 23 comprenant la période d'analyse de 24 heures à dater de 10 h. 25 du matin sont représentés dans le Tableau II.

TABLEAU II.
Léthargie hypnotique.

NOMS	VOLUME	RÉSIDU FIXE TOTAL	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORT A 100	OBSERVATIONS
	c.c.	gr.	gr.	gr	gr.	gr.		
Schey..	1600	45.76	22. »	0.98	0.81	1.79	120 à 100	Du 23 juin 1889, 10 h. 25 du matin, au 24 juin, 10 h. 25 matin.
Clesi	1280	41.20	16.15	0.82	1.09	1.91	75 à 100	
St-Den..	560	33.28	17.90	0 56	0.54	1.10	103 à 100	

En examinant ce tableau, nous constatons qu'une heure de léthargie hypnotique n'influence pas le volume de l'urine, mais, par contre, amène un abaissement considérable du résidu fixe, de l'urée et des phosphates et détermine tout particulièrement le phénomène que nous avons appelé l'inversion de la formule des phosphates dans nos recherches sur l'hystérie, à savoir que les acides terreux qui normalement sont et étaient dans les cas actuels (Tab. I) comme 1 est à 3 ou 30-35 à 100 par rapport aux acides alcalins, deviennent comme 1 est à 1 sinon plus dans nos cas, à savoir comme 75, 103, 120 sont à 100 (Tab. II).

En résumé, nous reportant à nos recherches sur l'hystérie, nous conclurons que la période de léthargie hypnotique prolongée pendant une heure influence les excreta urinaires des 24 heures de la même façon que l'attaque d'hystérie d'ordinaire intensité.

Le 25 juin, les trois mêmes sujets sont plongés pendant une heure dans l'état cataleptique de l'hypnotisme. On sait qu'il est presqu'impossible de laisser un malade hystérique en catalepsie hypnotique pendant une heure sans risquer de déterminer une attaque. Aussi toutes les 5 ou 10 minutes les sujets étaient-ils plongés pendant quelques instants dans l'état léthargique, puis remis en catalepsie. C'est le seul moyen d'assurer la bonne

réussite de l'expérience. Les résultats de nos analyses sont consignés dans le tableau III qui nous donne comparativement avec le Tableau I une diminution très considérable du volume, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates, avec inversion caractéristique de la formule de ces derniers.

TABLEAU III.

Catalepsie hypnotique.

NOMS	VOLUME	RÉSIDU FIXE TOTAL	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORT A 100	OBSERVATIONS
	c.c	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Schey	220	8 80	5 06	0 10	0.13	0.23	75 à 100	Du 25 juin 1889, 10 h. 1/2 du matin au 26 juin, 10 h. 1/2 du m.
Clesi...........	300	11 88	7.20	0.21	0 40	0.61	50 à 100	
St-Den	180	11.40	5.80	0.26	0.18	0.44	140 à 100	

Donc, mêmes conclusions que pour la léthargie, encore plus accentuées au point de vue de l'abaissement du taux de tous les excreta urinaires.

Le 10 juillet, les trois mêmes hystériques sont plongées en somnambulisme actif, à savoir que pendant une heure — après constatation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire somnambulique — on excite chez elles le travail intellectuel par les suggestions variées habituellement données en pareils cas. Les résultats obtenus sont consignés dans le Tableau IV qui nous montre des résultats intermédiaires entre les tableaux II et III, toujours dans le même sens de la diminution du taux de tous les excreta urinaires et de l'inversion de la formule des phosphates. Les exercta des 24 heures suivantes étaient normaux.

TABLEAU IV.

Somnambulisme hypnotique.

NOMS	VOLUME	RÉSIDU FIXE TOTAL	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORT A 100	OBSERVATIONS
	c c	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Schey	900	36.90	18. »	0.82	1.10	1.92	74 à 100	Du 10 juillet 1889, 10 h. 1/2 du matin au 11 juillet, 10 h. 1/2 du m
Clesi	930	25.60	16.70	0.54	0.92	1 46	58 à 100	
St-Den.........	520	30.36	15.08	0 81	0.51	1.32	160 à 100	

Ces expériences ont été reprises dans le courant du mois de juillet, à plusieurs reprises chez les mêmes malades, et aussi chez un quatrième sujet : les résultats ont toujours été les mêmes.

En résumé, lorsqu'on plonge pendant une heure un individu en état d'hypnotisme dont la réalité est constatable par la présence des phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire décrits par MM. Charcot et Paul Richer (grand hypnotisme), on obtient un abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers. Ces modifications nutritives portent uniquement sur la période des 24 heures qui suit le début de l'expérience.

Nous avons voulu voir quels résultats nous obtiendrions dans l'*état de mal hypnotique*, désireux que nous étions, après les précédentes recherches, de le comparer avec l'*état de mal hystérique*.

Il était impossible, sans risquer une attaque, de laisser nos sujets pendant plusieurs heures en catalepsie ; de même, il était difficile de les surveiller incessamment pendant une longue période d'activité somnambulique; aussi nous sommes-nous bornés à la seule léthargie. Nous pensions du reste être autorisés à conclure par analogie, en nous basant sur les résultats précédemment obtenus.

Le 20 juillet, deux de nos sujets sont plongés en léthargie à 8 heures du soir et réveillés à 6 heures du matin. Pendant ces dix heures d'état de mal, la constatation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire fut faite à plusieurs reprises.

Les urines de la période des 24 heures, à dater de 8 heures du soir, 20 juillet, donnèrent ce qui suit : (Tab. V) diminution très considérable du volume, du résidu fixe, des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

TABLEAU V.

Léthargie hypnotique de 10 heures de durée (état de mal).

NOMS	VOLUME	RÉSIDU FIXE TOTAL	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	ALCALIN	TOTAL	RAPPORT A 100	OBSERVATIONS
	c.c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Schey	810	15.42	7.29	0 37	0,266	0,636	140 à 100	Du 20 juillet 1889, 8 heures du soir au 21 juillet, 6 h. du matin
Clesi	930	18 87	10.13	0.53	0.46	0.99	114 à 100	

Si l'on compare les chiffres du tableau V avec ceux des Tableaux II, III, IV, on sera autorisé à conclure que le taux des excreta urinaires s'abaisse d'autant plus que le sommeil hypnotique a été plus prolongé.

Nous ferons remarquer qu'en endormant les malades à 8 heures du soir et en les réveillant à 6 heures du matin, rien n'avait été changé à leurs habitudes et à leur alimentation journalières. L'urine des 24 heures des jours suivants ne présentait rien de particulier. L'expérience répétée une seconde fois a donné les mêmes résultats.

En résumé :

Lorsqu'on plonge pendant une heure un sujet dans une période du grand hypnotisme (léthargie, catalepsie, somnambulisme) susceptible d'être diagnostiqué par les stigmates physiques de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et de la pneumographie, on note : la diminution du volume de l'urine, l'abaissement du taux de tous les excreta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

Ces phénomènes très marqués dans la léthargie et dans le somnambulisme sont encore plus accentués dans la catalepsie hypnotique.

La période de léthargie prolongée, ou état de mal de léthargie hypnotique se juge par une chute encore plus basse de tous les excreta urinaires. Ces phénomènes ne s'étendent pas au delà de la période de 24 heures, à dater du début de l'expérience. Ils sont superposables à ceux que nous avons obtenus et décrits dans l'étude que nous avons faite au point de vue chimique de l'attaque et de l'état de mal hystériques.

Ils montrent : 1° que l'hypnotisme est incontestablement un état *pathologique* provoqué ;

2° Qu'au point de vue chimique, comme au point de vue clinique, l'hypnotisme et l'hystérie ont de nombreux liens d'étroite parenté.

Nous ajouterons que l'*état* dit *second* observé chez deux malades ne donne, au point de vue chimique, que des résultats négatifs ou très atténués dans le sens que nous venons d'indiquer, de même que les contractures, les paralysies hystériques n'influencent que peu ou pas les excreta urinaires. Il faut qu'il y ait crise pour que les modifications se produisent.

Au point de vue de la technique, nous ajouterons que, pour plus de clarté, le poids du résidu fixe a été calculé, non plus pour 1.000 c. c., comme nous l'avions fait jusqu'ici, mais bien pour la quantité d'urine mise pendant les 24 heures.

REVUE CRITIQUE

—

De la Suspension dans le traitement des maladies du système nerveux ;

par **Ain ar RAOULT**, interne des hôpitaux.

Depuis notre dernière revue générale (1) sur ce sujet, un grand nombre de travaux ont paru, tant en France qu'à l'étranger, ayant trait à la suspension dans les maladies du système nerveux. Dernièrement encore, dans ce journal, paraissait un travail de MM. Haushalter et Adam (2), basé sur des observations recueillies dans le service de M. Spillman, de Nancy. Il semble découler de toutes les recherches sur ce point, que la suspension a une action réelle sur les affections nerveuses, et en particulier dans le tabès. Dans ce dernier cas, elle semble être plus efficace (à part quelques exceptions), chez les individus atteints d'ataxie depuis un temps peu éloigné. L'effet du traitement commence le plus souvent par porter sur les douleurs, puis sur les troubles génito-urinaires, enfin sur la parésie. Un fait que nous avions mentionné précédemment, et que nous voyons signalé par la plupart des auteurs dont nous avons compulsé les travaux (sauf un cas) (3), c'est l'absence du retour du réflexe patellaire, qui résiste au traitement. Le plus grand nombre des médecins qui se sont occupés de ce mode de thérapeutique des affections nerveuses, s'accordent à en reconnaître l'efficacité dans le tabès ; non pas qu'on puisse encore décréter la curabilité de cette affection par ce moyen, mais la grande quantité des améliorations qui en résultent est un encouragement pour persister à l'entreprendre. — Néanmoins en Amérique et en Angleterre, quelques voix se sont élevées contre la suspension. Aux Etats-Unis, « l'American Neulogical Association » l'a repoussée comme chimérique, non scientifique, et devant être abandonnée d'ici à peu de temps. Le Dr Riggs (4) s'est fait l'organe des récriminations de ladite société ; ce médecin n'a pas essayé le traitement, mais il lui semble *à priori* détestable. Les résultats brillants qu'on a pu avoir, dit-il, en France et en Amérique, s'expliquent par la nervosité spéciale des peuples de ces deux pays, et beaucoup de pseudo-tabès *sine materia* ont été pris pour de vrais tabès, soignés par la suspension et ont fourni le plus clair des statistiques. En Allemagne, les améliorations ne seront pas aussi nombreuses. Nous pensons que les pseudo-tabès sont assez connus en France, pour que, dans des services où l'on traite les maladies nerveuses, comme ceux de MM. Charcot et Spillman, on sache distinguer un tabès vrai, d'un pseudo-tabès ; nous ne nous tromperons pas non plus en affirmant que l'honnêteté scientifique est aussi grande en France qu'en Allemagne et qu'on ne dénature pas les statistiques en comprenant sous le titre de maladies avec lésion médullaire des affections *sine materia*. Du reste, la plupart des médecins américains n'ont pas adhéré à cette manière de voir du Dr Riggs, qui s'est attiré une réponse ferme de la part du Dr French (1). En Angleterre, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une opinion semblable. Le Dr Churton (2) prétend, en effet, que « les Français sont plus impressionnables que les autres peuples, et semblent présenter des symptômes dûs chez la plupart d'entre eux à des troubles fonctionnels (certainement plus transformables et plus guérissables), qui chez la plupart des Anglais semblent dûs à des lésions organiques. Cette susceptibilité pour les troubles moléculaires et fonctionnels est le revers du génie français et de la grande susceptibilité due à la vie française, dans un certain sens plus agréable, mais probablement plus variable et plus vivement douloureuse que celle de la plupart de leurs voisins. Ceci peut expliquer la non-réussite dans mes mains et dans celles d'autres, de systèmes de traitement, qui semblent être couronnés de succès, lorsqu'ils sont employés par des médecins français ». C'est très élogieux, mais peu clinique; et le Dr Churton n'a essayé qu'une fois la suspension chez un malade qui n'a subi que 10 séances et n'a pas été amélioré, tandis qu'un autre a été amélioré sans être soigné par ce moyen thérapeutique. Nous verrons d'autre part que beaucoup de médecins anglais ont eu d'excellents résultats.

Parmi les modifications de l'appareil primitivement employé pour la suspension, nous avons à mentionner celui décrit dans ce journal par M. Althaus (3), consistant dans l'adaptation d'un treuil avec cran d'arrêt pour opérer la traction sur la corde servant à élever le patient. Ce treuil est placé sur un des montants du trépied-support. Cette modification a pour avantage d'élever le malade sans secousses, et de le ramener, s'il est besoin, rapidement à terre. D'autre part, M. Thiberghien (4) décrit une modification de l'appareil pour la suspension due au Dr Barlet : « L'appareil se compose d'un double arc de cercle dont les branches se croisent à angle droit, l'une sert pour la suspension sous les aiselles, la seconde pour la tête : comme celle-ci est dirigée d'avant en arrière et que les pièces destinées à soutenir le menton et la nuque s'entre-croisent, il s'ensuit que la tête est mieux soutenue, qu'il ne peut y avoir de compression suivant son axe ; avec l'appareil ordinaire de Sayre, si la courroie latérale n'est pas serrée, le malade ne se sent pas soutenu, il a l'impression que l'appareil va glisser le long de l'occiput. » L'auteur recommande d'éviter toute secousse en faisant la traction et d'être très attentif au moment où le malade reprend pied, car à ce moment se produisent parfois des mouvements désordonnés qui peuvent avoir un contre-coup sur la nuque. Chez les sujets légers, on peut donner, dans chaque main, un poids de 1 à 2 kilog.

M. le Dr Regis (5) a employé la suspension, en collaboration avec le Dr Frière chez les aliénés ; craignant que les mélancoliques n'essayassent de se suicider pendant les séances, il a fait porter la traction non sur les aisselles, mais au milieu du corps, au moyen d'une ceinture de gymnastique munie de bretelles s'adaptant à la barre transversale, au point où se fixent ordinairement les courroies auxiliaires.

1. Nous nous occuperons en premier lieu des observations relatives *à la suspension dans l'ataxie locomotrice*, que nous avons pu trouver dans la litterature médicale. M. Balaban (6), dans sa thèse, a rapporté neuf cas de tabès

(1) *Progrès Médical* 22 juin 1889.
(2) *Progrès Médical*, [illegible] novembre 1889.
(3) Dr Oilthaus. Voir *Progrès Médical* 13 juillet 1889, p. 36.
(4) *Nortwestern Lancet*, 15 août 1889.

(1) *Nortwestern Lancet* 15 septembre 1889.
(2) *British medical Journal*, 12 octobre 1889, p. 818.
(3) *Progrès Médical* loc. cit.
(4) *Journal de médecine de Bruxelles*, 20 juillet 1889, p. [illegible].
(5) *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1889.
(6) Balaban. — *Traitement de l'ataxie locomotrice progressive par la suspension.* — Thèse de Paris 1889. Ollier-Henry, éditeur.

traités par cette méthode dans le service de M. Dujardin-Beaumetz : Dans 8 cas, la marche a été considérablement améliorée ; en même temps que les douleurs et l'incoordination ont diminué. Une fois, les troubles vésicaux ont presque disparu, et dans trois cas l'anesthésie a cédé à la suspension. Chez un malade seulement, on a été obligé de cesser le traitement à cause du retour des douleurs après la 25e séance.

Dans ses leçons à l'hôpital Cochin (1), M. Dujardin-Beaumetz rapporte 25 cas de tabes traités par la suspension ; chez la plupart des malades, il a obtenu de bons résultats ; chez 4 l'amélioration dans la marche a été notable, chez 6 on n'a obtenu aucun résultat. Chez ceux où les résultats ont été peu marqués, il a noté que l'amendement dans les symptômes se fait dans les 15 premiers jours du traitement, puis cesse bientôt, l'état devenant stationnaire. A cette étude sont joints des schémas de la marche d'un ataxique avant et après le traitement, obtenus au moyen du système de photographie de MM. Marey et Demény. On y voit nettement, dans le second cas, la cessation du stade d'élévation du pied, avant sa projection à plat sur le sol ; sa chute se fait plus régulièrement, d'une façon plus oblique. Les accidents observés ont été peu graves ; chez un malade, la suspension a provoqué de la syncope ; chez un autre, les douleurs ont été vives, et on a dû cesser le traitement. Presque tous les malades ont ressenti une sensation de chaleur du côté des reins et des membres inférieurs.

M. le Dr Ladame (2) a soigné 15 tabétiques par la suspension, dont 12 hommes et 3 femmes. Il donne la relation de 11 malades, les 4 autres n'ayant pas été suivis. Deux n'ont pas été améliorés ; dans 2 cas il y a eu des phénomènes syncopaux, et dans 1 des symptômes de congestion encéphalique pendant la suspension. Les douleurs ont été nettement améliorées dans 4 cas, les troubles urinaires dans 3, le ptosis dans 1, l'incoordination dans 1, la solidité des membres inférieurs est bien réapparue dans 2 cas, et les érections chez 1 malade.

M. le Dr Mouisset a traité, par la suspension, huit ataxiques. Chez un seul, il n'y a pas eu d'amélioration. Les douleurs fulgurantes se sont dissipées chez six d'entre eux (chez deux, après trois ou quatre séances) ; et la fermeté dans les membres inférieurs, en même temps que la sensibilité, est réapparue manifestement dans quatre cas. L'amélioration des troubles urinaires a été très nette chez deux malades. Dans deux cas, les malades ont eu des vertiges, pendant les séances ; dans deux autres des douleurs en ceinture ou des fourmillements dans les membres. M. Mouisset fixe comme durée maximum des séances de suspension : 4 minutes. Il donne les conseils suivants pour opérer la traction. Lorsque le malade ne peut marcher, on le transporte assis, près de l'appareil, puis, après avoir fixé les courroies, on le fait lever en le soutenant, et on commence la traction ; sans cela on ne peut répondre d'éviter la brusquerie des mouvements. Car au moment où le malade se sent soulevé au-dessus de son siège, instinctivement il veut redresser ses jambes, mais l'incoordination motrice fait que les pieds frappent violemment et glissent sur le sol, il en résulte des oscillations du tronc qui peuvent produire des secousses dans la colonne et dans la moelle.

M. le Dr Thiberhien (3) a traité vingt-six ataxiques par la suspension : dix-neuf ont subi plus de dix séances ; parmi ces dix-neuf, dix-sept ont été améliorés, et deux n'ont ressenti aucun bien du traitement. L'auteur cite trois cas fort intéressants au point de vue de la disparition rapide des douleurs, de l'incoordination et des troubles urinaires.

M. Teissier (4) a présenté, à la Société de médecine de Lyon, 2 malades atteintes de tabès, traitées par la suspension. La première a vu ses douleurs fulgurantes cesser, ainsi que le signe de Romberg, après la 10e séance ; la marche est plus aisée, l'incoordination a diminué, la malade n'a éprouvé qu'un peu de vertige et quelques douleurs dans les bras, imputables à la méthode. La deuxième, plus avancée dans la maladie, pouvait se tenir debout après la 5e séance et marcher après la 9e. Il subsiste encore un peu d'incoordination dans les membres supérieurs. M. Teissier a, dans son service, une troisième malade qui présente de l'albuminurie dans ses urines après chaque suspension. M. Clément a obtenu aussi de très bons résultats par la suspension ; un ataxique, âgé de 30 ans, a vu disparaître ses douleurs fulgurantes et a retrouvé la facilité de la marche.

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 juillet 1889, p. 1.
(2) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1889, p. 347.
(3) *Journal de médecine de Bruxelles*, (loc. cit.)
(4) *Lyon médical*, 14 juillet 1889, p. 371.

Nous ne retracerons pas ici les travaux de MM. Haushalter et Adam qui sont connus du lecteur.

En Allemagne, les résultats de Bernhardt (1) et ceux d'Eulenburg et Mendel, à la clinique des maladies nerveuses de Berlin, confirment pleinement ceux obtenus par M. le Dr Charcot. Les deux derniers auteurs ont obtenu de très bons effets, par la suspension, dans vingt cas d'ataxie locomotrice. L'amélioration surtout porte sur la marche, la station debout, les douleurs fulgurantes et dans quelques cas sur les troubles de la vessie. Ces médecins n'ont jamais observé d'accidents. Erb (2), qui a étudié, à la Salpêtrière, le manuel opératoire de la suspension, a obtenu les résultats suivants : chez deux malades, le bénéfice a été seulement temporaire ; chez un, il y a eu mort subite, mais non pendant une séance ; deux autres ont été très améliorés (parmi eux un atteint d'ataxie très ancienne) ; enfin le dernier n'a éprouvé aucune amélioration.

Nous devons à notre collaborateur, M. Roubinovitch, un résumé des travaux de M. Pierre Von Stein (3). Cet auteur a traité dix malades atteints de tabes dorsalis : parmi ceux-ci : trois ont été très améliorés du côté de l'état général, de la marche et des douleurs fulgurantes et gastriques.

En Angleterre : quoi qu'en dise le Dr Charton, les malades éprouvent certain bénéfice de la suspension. M. le Dr Lewis Hickey (4), signale cinq cas d'ataxie ayant subi ce traitement :

1° H., 58 ans ; début de l'ataxie : 7 ans. Après vingt-huit séances de suspension, marche sans bâton (ce qu'il ne pouvait faire avant) l'espace d'un demi-mille. — 2° H., 57 ans ; début : 14 ans. Pas d'amélioration. — 3° H., 45 ans ; début : 5 ans. Cesse à cause des crises gastriques. — 4° H., 73 ans ; début : 11 ans. Amélioré ; un peu d'excitation nerveuse après chaque séance. — 5° H., 52 ans. Peu d'amélioration. M. le Dr Althus (5) a traité trente-huit malades et a constaté de nombreuses améliorations ; il cite le cas d'un individu tabétique depuis plusieurs années, qui a vu reparaître ses réflexes rotuliens. Le Dr Saundby (6), a soigné six ataxiques ; tous ont été améliorés. L'auteur émet cependant encore des doutes sur la valeur du traitement. (*A suivre*).

(1) *Berl. Klin. Woch.*, 1889, n° 24.
(2) *Neurolog. Centralblatt*, 1er juillet 1887.
(3) P. V. Stein. — *La S. appliquée au traitement des maladies nerveuses* ; brochure in-8° de 32 pages. — Piatigorsk, 1889.
(4) *Brit. med. Journ.*, 5 octobre 1889, p. 765.
(5) *Progrès Médical*, loc. cit.
(6) *British medical Journ.*, 14 septembre 1889.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le Conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences vient d'accorder 1,000 francs pour la station maritime de biologie de l'Université de Lyon, et une subvention de 600 francs à M. le Pr Mayet pour continuer ses expériences sur l'hématologie.

Hospitalité de nuit. — Nous apprenons que M. A. C., de Paris, a légué à l'Œuvre de l'hospitalité de nuit la somme de 100,000 francs. Rappelons, à cette occasion, que depuis dix ans qu'elle est fondée cette œuvre a déjà accueilli plus de 570,000 pauvres.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture du Cours de Clinique des Maladies des voies urinaires à l'Hôpital Necker : M. le Pr Guyon.

Voilà définitivement organisé le Cours officiel de Clinique des Maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine de Paris. M. le Pr Guyon, dont nous publions plus haut le discours d'ouverture, a fait sa première leçon mercredi dernier à l'Hôpital Necker, dans son amphithéâtre habituel, trop petit pour contenir les nombreux élèves qui avaient tenu à assister à l'inauguration de la nouvelle création.

M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, était aux côtés du professeur; il y avait aussi M. Gavarret, quelques professeurs et M. le Dr Peyron, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique. Un grand nombre d'anciens élèves de M. le Pr Guyon, quelques-uns déjà chirurgiens des hôpitaux, étaient venu féliciter leur ancien maître.

Cette petite cérémonie a son importance au point de vue de l'histoire de la Faculté de Médecine de Paris ; elle consacre un événement d'un réel intérêt, la fondation d'une nouvelle chaire spéciale, comparable à celle de l'Hôtel-Dieu (ophtalmologie), de Saint-Louis (maladies syphilitiques et cutanées), de la Salpêtrière (maladies nerveuses), de l'Asile clinique (maladies mentales), de la Clinique et de la Maternité (accouchements). On ne saurait donc trop y insister, sans craindre de tomber dans des redites, quoique nous ayons bien souvent abordé ce sujet. Tout ceci montre que le Ministère de l'Instruction publique et que la Faculté ont su apprécier les services rendus, prendre en considération le bien des malades et l'instruction des élèves. Nous sommes très heureux, quant à nous, de voir qu'on est en bon chemin.

Mais continuera-t-on à suivre cette route? Ce qui a pu être fait dans cette circonstance, grâce à des interventions puissantes, pourra-t-il être à nouveau tenté dans une occasion analogue, qui ne peut manquer de se produire tôt ou tard? Ce sont là des questions trop délicates pour retenir aujourd'hui l'attention ; mais, puisque l'on est sur la voie du progrès, nous souhaitons de tout cœur que des considérations étrangères au bon renom et à la gloire de la Faculté de médecine de Paris, ayant pour fondement la routine ou d'autres sentiments moins avouables encore, n'entravent pas dans un avenir assez prochain la création de nouvelles chaires spéciales. Le besoin s'en fait désormais trop vivement sentir, aujourd'hui surtout où la lutte avec l'étranger pourrait ne pas toujours tourner, si nous n'y prenions garde, au profit de notre chère France.

Evolution des doctrines infectieuses.

Il y a dix ans à peine, la doctrine microbienne, en France du moins, avait tout au plus franchi l'enceinte du laboratoire. En 1880, pour la première fois, elle était officiellement enseignée à la Faculté de médecine. Son histoire est donc de date récente. Néanmoins son importance est telle; son domaine, dont chaque jour recule les limites, parait à la fois si riche et si vaste, qu'il est peu d'esprits, même en dehors du monde scientifique, qui ne se piquent de connaître à des degrés divers les théories infectieuses.

Certes les progrès ont été rapides et le nombre des travailleurs est devenu considérable. Dans la multitude des conquêtes récentes, il convient de distinguer deux ordres d'acquisitions : les unes (ce sont elles qui nous occuperont surtout) sont le résultat de recherches qui ont modifié, complété nos idées générales sur les Bactéries, sur le rôle qu'elles jouent dans les maladies ; les autres sont le fruit de l'isolement, de la culture d'agents figurés nouveaux, dont quelques-uns sont beaucoup plus élevés dans l'échelle que les Schizomycètes.

Au point de vue de l'histoire naturelle, on a en effet décrit plus ou moins récemment les parasites qui appartiennent au règne animal. Les hématozoaires reconnus par M. Laveran semblent, jusqu'à plus ample informé et malgré les déformations globulaires dont on a parlé, être la véritable cause des accès de fièvre intermittente. On vient de revenir, après Laulanié, sur les fausses tuberculoses provoquées par les Nématodes. Dans certains épithéliomas, dans la maladie de Paget, les Coccidies ont été incriminées. Notons cependant qu'il s'agit là de lésions en communication directe avec l'air. Aussi, pour ces cas particuliers, l'absence des cultures, l'échec des inoculations sont-ils fort à regretter. Les Sporozoaires existent à la surface cutanée. Pfeifer et Loeff, depuis longtemps, ont voulu leur faire jouer un rôle dans les fièvres éruptives. Il est donc permis de se demander si l'altération cellulaire n'est pas primitive, et si les parasites n'envahissent pas les tissus, grâce à l'affaiblissement de ces derniers. On peut répondre à la vérité que ces Coccidies ne se rencontrent pas dans toutes les maladies de la peau. L'argument n'est pas sans réplique, car, de même que tous les bouillons ne conviennent pas à tous les microbes, de même il est possible qu'il n'y ait que certaines lésions préalables capables de favoriser l'envahissement des Psorospermies. Il ne faut rien nier ; l'avenir peut réserver à ces agents un rôle considérable, mais il ne faut pas non plus se montrer par trop enthousiaste et oublier les règles élémentaires des méthodes, qui seules permettent de conclure qu'un élément figuré est bien la cause d'une maladie.

Il est juste cependant de reconnaître que, d'une part, la culture de ces êtres, qui vivent avant tout dans les cellules, doit être entourée de très grandes difficultés, et que, d'autre part, la pathologie comparée fournit en faveur de leur influence de nombreuses considérations. On connaît la psorospermose des lapins, et sa fréquence relativement grande. Chez les Oiseaux, le geai, la pie ; chez les tortues, Danilewski a mis en évidence le rôle de quelques Grégarines ; Lewis, Gaule, Grassi, Steinhaus ont fait des études de même ordre chez les rats, les souris, les grenouilles.

Mais, ayant surtout en vue les microbes proprement dits, nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur cette catégorie de parasites. Rappelons seulement les Amibes dysentériques de Kartulis trouvés dans l'intestin et dans le foie ; rappelons, au point de vue du règne végétal, l'Actinomycose isolée, cultivée, constatée dans presque tous les organes, et enfin, les recherches qui semblent établir que le muguet est capable de se généraliser et d'envahir les viscères.

Au début des études infectieuses, on a eu tendance à considérer les Bactéries comme présentant dans leur aspect une certaine fixité. On n'ignorait certes pas que, pour quelques-unes, il existait des variations de formes, mais

on ne savait pas dans quelles limites exactes pouvaient se mouvoir ces variations, ni les techniques propres à les réaliser à coup sûr. Compromis par les exagérations de Nœgeli, étudié par Zopf avec des précautions insuffisantes, le polymorphisme a été placé hors de toute contestation par les travaux de Guignard et Charrin, de Wasserzug, de Metchnikof, etc. Un même microbe, suivant les milieux, suivant les matériaux de nutrition, suivant les antiseptiques, suivant l'âge, la température, et d'autres conditions, peut se présenter sous l'apparence d'un Bacterium, d'un Bacille allongé, d'un filament, quelquefois même d'un Spirille, d'un microsphère. C'est dire que la classification si longtemps classique de Cohn ne saurait être regardée comme absolument exacte. Ces données offrent un intérêt général en ce qui concerne la notion de l'espèce, bien que le plus souvent les transformations que l'on réussit à obtenir ne soient que passagères. En tout cas, elles peuvent prévenir l'erreur en montrant que la forme ne suffit point à caractériser un microbe. Elles ont une autre portée pratique.

A l'état de filament très allongé, le bacille pyocyanique, par exemple, offre un pouvoir de multiplication, de pullulation très atténué. Or, si l'on croyait autrefois que les virus se distinguent des venins par ce fait que dans les virus la question de quantité n'importe pas, on sait aujourd'hui, grâce aux expériences de Chauveau, de Watson-Cheyne, de Bouchard, que cette distinction n'est pas complètement vraie: Dans un virus, la dose est un facteur qui doit entrer en ligne de compte. En outre, lorsqu'un microbe perd son pouvoir de prolifération, il perd en même temps, et le plus habituellement, son pouvoir de sécrétion, au moins dans une certaine mesure.

En soulevant cette donnée des sécrétions microbiennes, nous touchons à l'un des points les plus nouveaux, les plus importants de la théorie infectieuse. Personne n'ignore en effet que si l'on introduit, dans le corps des animaux propres à contracter une maladie, les produits solubles stérilisés du microbe cause de cette maladie, on arrive à augmenter la résistance de ces animaux, et même, dans quelques conditions, à leur donner une immunité absolue. Il y a plus. Avec les mêmes produits solubles stérilisés, l'expérimentateur réussit à faire apparaitre en totalité ou en partie les symptômes qui se développent lorsqu'on a inoculé l'agent pathogène. Existe-t-il une seule et même substance capable à des doses diverses d'être vaccinante et morbifique, ou bien ces diverses propriétés appartiennent-elles à des matières différentes? C'est là un point encore en discussion. Toutefois, pour nous, nous pensons qu'il n'y a pas une substance morbifique, mais des substances morbifiques; nous croyons, en d'autres termes, qu'une même bactérie peut sécréter plusieurs corps toxiques. Il parait moins facile de prouver qu'il y a multiplicité parmi les principes vaccinants. Nous ne pouvons du reste entrer ici dans de longs détails sur l'immunité.

Quoique cette immunité fasse suite, comme nous l'avons dit, à la pénétration des éléments solubles dans l'organisme, il ne faudrait pas s'imaginer que si le microbe ne se développe pas ultérieurement c'est parce que ces éléments solubles agissent à la façon des antiseptiques. Ni la théorie de la substance ajoutée, ni la théorie de la substance soustraite ne sont capables d'expliquer complètement, pour nombre de motifs trop longs à énumérer, l'augmentation de la résistance à l'action des virus. L'immunité est quelque chose de complexe; elle relève sans doute d'une sorte d'éducation cellulaire qui fait que les organites apprennent à se défendre contre les parasites envahisseurs et contre leurs sécrétions. Mais de récentes expériences sur les qualités microbicides du sérum, des recherches inédites sur les changements qualitatifs des germes dans le corps des vaccinés montrent en outre que des conditions chimiques doivent entrer en ligne de compte. Ces modifications cellulaires ou humorales sont le résultat de l'hérédité ou de la mise en pratique de vaccination que l'on réalise avec le microbe atténué, avec les sécrétions bactériennes et même, comme nous le prouverons, avec des corps qui n'ont rien à voir avec la vie des germes.

Quant aux accidents morbides, tout en attribuant un rôle, suivant les cas, aux actions directes, aux embolies, aux infarctus, c'est-à-dire aux causes mécaniques, tout en ne négligeant pas la concurrence vitale, il est établi que la majorité de ces accidents doit être imputée à la toxicité des produits solubles fabriqués par les microbes. Ces produits peuvent s'éliminer, les microbes disparaître, les cellules une fois lésées ne reviennent pas à l'état normal. Or il est aujourd'hui hors de doute que ces sécrétions microbiennes sont extrêmement variables. De même qu'on influence la forme d'un agent pathogène, de même aussi on influence la qualité et la quantité des matières chimiques qu'il fabrique.

Si donc tout varie dans un microbe, forme, multiplication, sécrétion, on conçoit sans peine que l'immunité ait ses degrés; que la virulence, qui dépend et de la qualité et de la quantité du virus, soit elle-même soumise aux plus grandes variations. C'est précisément ce que l'on observe tous les jours dans les laboratoires. Alors même que l'on ne fait entrer en jeu ni la lumière, ni l'oxygène, ni la chaleur, la bactéridie charbonneuse, simplement par le fait de l'âge ou des conditions qui nous échappent, peut devenir inoffensive. C'est encore ce que l'on voit dans la pathologie humaine. On croyait naguère que les agents infectieux habitaient presque uniquement les milieux extérieurs: l'eau, le sol, l'air. Il est aujourd'hui prouvé qu'un bon nombre d'entre eux peuvent se rencontrer dans le corps de l'homme, plus spécialement dans le tube digestif, à la surface de la peau, dans les organes génitaux, au moins dans le vagin et aussi quelque peu dans l'appareil respiratoire. Parmi ces bactéries, on rencontre des Streptocoques, des Staphylocoques, les pneumocoques, le bacille de la diphtérie, etc.; si la plupart sont sans action, c'est que leur virulence, pour des raisons que nous avons données, est par trop affaiblie, ou bien parce que le terrain qui les porte ne permet pas leur libre développement.

C'est qu'en effet, pour les microbes, dont la spécificité n'est pas très élevée, l'état du terrain acquiert une importance des plus considérables. C'est par ce côté,

purement médical en quelque sorte, que les adversaires du début aurait dû saisir la question.

Supposons le microbe fixe, invariable dans sa virulence, nous allons voir que de motifs vont influencer son action.

L'aspect clinique et l'évolution des maladies peuvent différer complètement suivant les espèces chez lesquelles se développent ces maladies. Le charbon bactéridien, sauf exception, n'occasionne sur la poule ni lésion locale, ni affection générale. Chez l'homme, le plus ordinairement, tout se réduit à la pustule maligne ; pour le cobaye, il s'agit au contraire d'une sorte de septicémie.

Si, par hypothèse, le microbe ne frappe que des êtres appartenant à la même espèce, on verra les effets se modifier suivant la porte d'entrée, l'âge, l'état des organes, le surmenage, etc. La péripneumonie du veau à la mamelle occasionne une maladie générale attaquant les synoviales articulaires, les grandes séreuses et même l'endocarde. Chez le veau plus âgé, le même virus amène une infiltration énorme du médiastin et des œdèmes parfois considérables.

Le charbon symptomatique introduit dans les veines devient un vaccin. Il tue, au contraire, si on le place sous la peau. La vaccine, injectée dans les vaisseaux, donne lieu à des éruptions généralisées et ne s'accompagne pas des pustules qui font suite à l'inoculation du derme. La porte d'entrée a donc une grande valeur. Dans le cas où l'endocarde est altéré, soit artificiellement, soit par une maladie antérieure, les germes s'y greffent plus facilement. Le traumatisme portant sur une articulation, la section des nerfs d'un viscère, sa congélation, la ligature ou simplement le rétrécissement de l'artère nourricière, tout ce qui, en un mot, est propice à modifier la nutrition d'un organe, à abaisser les qualités défensives des cellules, tout cela prépare la voie à l'infection. Il est donc manifeste qu'il n'y a nulle contradiction entre l'ancienne étiologie et les idées pathogéniques nouvelles. Il ne faut rejeter des causes morbifiques, ni le froid, ni le *locus minoris resistentiæ*, ni le choc, ni la débilitation. Le surmenage en particulier favorise le développement et la généralisation du charbon bactérien chez le rat blanc. D'ailleurs, depuis longtemps, tout le monde connait l'expérience du bistournage.

Toutes ces causes occasionnelles peuvent agir en ouvrant les voies d'absorption, en faisant tomber les barrières qui nous protègent. La généralisation d'une tuberculose locale, après escharification, fournit un exemple de ce premier mode d'action. Elles peuvent agir comme le diabète en rendant les milieux plus favorables à l'évolution des microbes, ou bien encore en inhibant la vie cellulaire, en diminuant les propriétés défensives des tissus. On rend plus sensible un animal à certains virus, si on a eu soin de l'intoxiquer au préalable par des doses mêmes légères de sels de mercure, ou même par des poisons bactériens. L'inanition, l'hypothermie rendent également plus facile la pullulation des agents pathogènes. On voit donc qu'à côté des microbes il convient de ne pas oublier les conditions mécaniques, chimiques, physiques, cellulaires, qui leur viennent en aide.

Il n'est peut-être pas de facteur plus fréquent et plus important qu'une infection première pour appeler à sa suite d'autres bactéries. L'association des germes entre eux n'est pas chose rare ; le plus souvent ils se prêtent un appui mutuel, quelquefois ils n'ont les uns sur les autres aucune influence, exceptionnellement ils se combattent. Cette notion des infections mixtes prend de jour en jour une importance plus considérable ; la gravité, la longueur et souvent l'aspect d'une pyrexie dépend des parasites qui, secondairement, sont venus s'ajouter à celui qui le premier est entré en scène.

Toute infection comprend deux termes principaux : la graine et le terrain qui la reçoit. Ce que nous venons de dire montre à quel point cette graine et ce terrain peuvent varier. Aussi, n'est-il pas étonnant de voir un même microbe causer des affections différentes, et comme intensité et comme localisation. Le Staphylococcus aureus peut se retrouver dans le furoncle, dans l'impétigo, dans l'ostéomyélite ; le Streptocoque engendre l'érysipèle le plus bénin, ou inversement la septicémie la plus rapide. Le Pneumocoque va se localiser dans le poumon, et, chez d'autres, dans la plèvre, dans les méninges, dans le cœur.

L'organisme n'a pour réagir vis-à-vis des causes qui l'attaquent qu'un nombre limité de processus. De même que des poisons différents peuvent occasionner le délire, ou, au point de vue anatomique, la dégénérescence graisseuse, ou encore la sclérose ; de même, des microbes divers sont capables de créer la suppuration. Les pleurésies, spécialement les pleurésies purulentes, les endocardites, les broncho-pneumonies, et bien d'autres affections, sont provoquées par des agents pathogènes multiples.

Ces variations dans les causes, dans les réactions de l'organisme, semblent au premier abord rendre la doctrine microbienne confuse. Assurément, les faits nous apparaissent comme moins schématiques qu'autrefois. Qu'importe, si en s'éloignant de trop de simplicité, nos connaissances se rapprochent de la vérité.

La Policlinique de Paris.

Dans quelques jours sera définitivement organisé à Paris, 28, rue Mazarine, un Institut médical, comparable aux Policliniques de Vienne et de Berlin.

Bien des fois, dans ce journal, nous avons signalé les services que les institutions de ce genre rendent chaque jour dans les pays étrangers, à côté de l'enseignement officiel de l'Université. Il est inutile d'y revenir. Tout le monde sait à l'heure qu'il est ce qu'est et ce que doit être une policlinique. La Policlinique de Paris ressemblera à ses aînées d'Outre-Rhin. Chacun (malades et médecins) prenant son bien où il le trouve, nous aurions mauvaise grâce à indiquer ici comment nous comprenons l'organisation d'un tel établissement. Nous nous bornons à signaler aux étudiants ce nouveau centre d'instruction clinique, car les malades en trouveront bientôt d'eux-mêmes le chemin. Dans cette Policlinique, fondée par une réunion de jeunes médecins parisiens, très actifs et remplis de bonne volonté, on

soignera gratuitement les indigents qui se présenteront, et d'autre part ceux qui, restant chez eux, viendront demander les soins des praticiens attachés à l'établissement.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette tentative, nouvelle en France ; nous y reviendrons sous peu, lors de l'inauguration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 avril 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Ranvier étudie le éléments anatomiques de la *Sérosité péritonéale.* Ses recherches ont porté sur le lapin, le rat et le chat. L'examen microscopique du liquide péritonéal, recueilli avec le plus grand soin, montre la présence de globules rouges du sang ; quelles que soient les précautions prises, ces globules existent toujours dans la préparation. On doit donc les considérer comme des éléments normaux, physiologiques. non accidentels, de la sérosité péritonéale. Les autres éléments qu'on y observe sont des cellules incolores, dont le volume, la structure et les réactions sont variables.—Chez le Lapin, ces cellules sont granuleuses ; elles sont plus grandes que les cellules du sang et de la lymphe (20 μ) : chauffées à 38°, la plupart émettent des prolongements amiboïdes ; les plus grosses restent inactives. — Chez le Rat, il y a également des cellules amiboïdes et d'autres qui ne le sont pas. Ces dernières sont sphériques, très granuleuses et pourvues d'un noyau globuleux (il n'y en a d'analogues ni chez le Lapin, ni chez le Chat). — Chez le Lapin, on trouve encore des cellules lymphatiques. immobiles, d'une part et des éléments cellulaires atteignant jusqu'à 100 μ d'autre part. On n'y voit pas de noyau à l'état vivant : mais les réactifs colorants en font apparaître un grand nombre. Les cellules lymphatiques contiennent du glycogène, les autres n'en renferment pas. — La sérosité pleuro-péritonéale des Batraciens Urodèles possède des cellules granuleuses ; celle de la grenouille n'en a pas. — Toutes ces cellules proviennent probablement des leucocytes par le procédé de la clasmatose.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau donnent un résumé de leurs intéressantes recherches sur la *nutrition dans l'hystérie* (Voir leur travail en cours de publication dans le *Progrès Médical*, 1889 et 1890).

M. Cassedebat a trouvé un *Bacille pseudo-typhique dans les eaux de rivière.* Ce bacille semble être un habitant ordinaire de l'eau. Il donne sur pomme de terre des cultures identiques à celles du bacille d'Eberth : les cultures sur gélatine sont semblables au début et deviennent difficilement distinctes au bout de quelques jours. Il se comporte comme le bacille typhique à l'égard des réactifs colorants. Il y a cependant quelques caractères permettant de distinguer ces deux microorganismes (cultures sur bouillon peptonisé, culture en gélatine par piqûre, cultures sur agar sur blanc d'œuf, sur gélatine au suc de pomme de terre). — La recherche du bacille typhique dans les eaux devra par suite être plus complète qu'elle ne l'était jusqu'ici.

M. V. Babès continue ses recherches sur *les microbes de l'hémoglobinurie du bœuf*, maladie endémique dans certaines contrées marécageuses de la Roumanie. Le microbe virulent se trouve à l'intérieur des globules rouges du sang, du sang du rein en particulier. M. Babès décrit les formes variables de ce microbe, ses caractères dans les diverses cultures et dans les différents milieux colorants. Il s'agit d'un organisme spécial dont la place n'est pas établie dans les classifications des microbes : sa transmissibilité aux animaux ne laisse aucun doute sur son rôle pathogène.

M. H. Parinaud poursuit ses études sur l'*opération du strabisme sans ténotomie.* Il rappelle que le raccourcissement du muscle a une importance beaucoup moins grande, comme cause de déviation de l'œil, que la rétraction de la capsule de Ténon. Le seul débridement de la capsule donne, dans certains cas de strabisme convergent, un redressement de 15 à 20°. Mais on peut arriver à une conversion de 25° à 30° en combinant le débridement de la capsule avec son avancement au niveau du muscle que l'on suppose allongé. L'opération comprend donc deux parties : 1° débridement de la capsule, 2° avancement de la capsule. M. Parinaud décrit le procédé qu'il emploie, procédé, dit-il, assurant toute sécurité pour l'avenir.

M. Kunckel d'Herculais décrit *le rôle de l'air dans le mécanisme physiologique de l'éclosion, des mues et de la métamorphose chez les Insectes Orthoptères de la famille des Acridides.*

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 avril 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Magnan. — *Suicide chez les Aliénés.* (Voir plus loin *Société de médecine légale*).

M. Brown-Séquard rappelle que M. J. Cloquet a pratiqué sur lui-même l'acupuncture du cœur ; il ajoute que c'est là d'ailleurs une manœuvre dangereuse (1).

M. Laborde. — *Sur le cœur des suppliciés.* Les cœurs des deux derniers suppliciés étaient en systole complète avec effacement de la cavité ventriculaire et accollement complet des valvules à la paroi cardiaque.

M. Déjerine rappelle que l'on constate cette même systole chez les animaux de boucherie qui sont saignés.

M. Féré. — *Sur les modifications du temps de réaction et d'association dans quelques états.* C'est Galton qui le premier a essayé de mesurer la rapidité du temps d'association en comptant les associations d'idées qui peuvent être suggérées par la vue desobjets extérieurs. Cette étude, reprise par d'autres auteurs, a montré qu'il fallait pour la production de chaque idée 3/4 de seconde. Les associations d'idées datant de l'enfance se produisent plus rapidement à l'état normal que les autres ; de plus le temps d'association varie suivant différents excitants et suit en général la même marche que le temps de réaction ; il s'allonge même beaucoup plus que ce dernier dans l'état qui suit les décharges épileptiques. Quand, à la suite d'excitation, le temps d'association est trop raccourci, l'association se fait mal, non plus d'après le sens des mots, mais d'après leurs assonnances, et il en résulte une forme de délire par allitération. Quand, au contraire, le temps d'association est trop ralenti, la chaîne des idées se rompt, et il en résulte une autre forme de délire. Le mécanisme de ces conceptions délirantes était intéressant à signaler.

MM. Mégnin et Veillon ont constaté dans trois meutes de chiens courants une épidémie fort semblable à la *grippe* avec toux, larmoiement, affaissement, etc. Sur les animaux morts envoyés au laboratoire de M. le professeur Straus on a trouvé des lésions diverses ; un des chiens portait une pleurésie purulente, affection rare chez ces animaux. L'examen bactériologique a révélé des micrococci très petits, doubles ou en chainettes, présentant les caractères du Streptococcus trouvé dans les pleurésies purulentes de l'homme consécutives à l'influenza.

M. Chauveau présente une note de M. Montané sur la *hary Linèse dans un sarcome fasciculé du cheval.* L'auteur conclut de ses recherches que le fuseau est de nature protoplasmique, que la plaque nucléaire prend la forme d'une couronne, que le protoplasma joue un rôle dans la division indirecte, résultats qui étaient déjà connus, pour les vé-

(1) [illegible] y a 3 ans un travail important a paru dans ce [illegible] (*Cardiographes*) ; il est dû à notre collègue, M. Bruhl. (M. B.).

gétaux et les animaux, mais qui seraient plus faciles à constater sur cette tumeur.

MM. Rodet et Courmont envoient une note sur le *Staphylococcus aureus et ses rapports avec l'ostéomyélite juxta épiphysaire.* Ils rappellent que MM. Lannelongue et Achard ont décrit dans cette maladie un Staphylocoecus blanc, et que M. Rodet avait déjà signalé ce fait; mais ils ajoutent que les microbes à culture blanche ou à culture jaune ne sont que des variétés du même organisme et qu'on peut les transformer l'un en l'autre.

M. Giard continue ses recherches sur les *bacilles phosphorescents des Thalitres.* Ces bacilles se cultivent dans le bouillon salé et sur la pomme de terre salée ; mais ils ne sont pas lumineux dans les cultures. En les inoculant au Thalitre, on obtient quelquefois la phosphorescence; mais pour rendre le bacille lumineux il suffit de le cultiver sur des poissons, tels que la plie ou le hareng. Il s'ensuit que les Thalitres prennent ce bacille sur les poissons morts phosphorescents, où il est facile de le retrouver. En cultivant sur poissons deux bacilles lumineux envoyés au laboratoire Pasteur, celui de Forster et celui de Fischer, on ravive également leur phosphorescence et on peut les inoculer aux Thalitres avec le même succès que le bacille de M. Giard. Ceci porte à trois le nombre de micro-organismes lumineux actuellement connus, pouvant être inoculés aux Crustacés et les rendre phosphorescents.

M. Prenant (de Nancy) envoie une note sur l'*embryologie de la glande sexuelle.* Les tubes de Pfluger naissent, soit dans le stroma de la glande embryonnaire, soit aux dépens d'invaginations de l'épithélium germinatif; on observe ces deux modes de développement chez des animaux différents. Or il n'y a pas d'opposition entre ces deux ordres de faits, car le stroma ovarien dérive lui-même de l'épithélium germinatif, et peut par conséquent former des tubes de Pfluger.

M. Charpentier (de Nancy) envoie une note sur un *procédé qu'il emploie pour mesurer la persistance des impressions lumineuses.*

M. D'Arsonval revient sur ses recherches relatives au *spectre de l'hémoglobine oxygénée.* Par la photographie, on y révèle une raie dans la région du violet. L'auteur est arrivé à pouvoir la rendre visible à l'œil nu, en n'envoyant dans le spectroscope que de la lumière violette. On peut relever avec ce procédé la troisième raie du spectre dans des solutions de sang au 50/1000, et se passer de la photographie.

M. Malassez dépose une note de M. Dagonet sur la *dégénérescence hyaline et les vacuoles dans la paralysie générale.* Les vacuoles ne seraient autre chose que des masses hyalines, que l'on peut colorer spécialement par le bleu de méthylène.

MM. Combemale et Dubiquet. — Sur les *effets physiologiques du ferrocyanure de potassium.* — Les connaissances peu précises que, malgré quelques importants travaux, l'on possède sur le ferrocyanure de potassium, ont engagé les auteurs à reprendre l'étude physiologique de ce sel. Ils l'ont administré en solution, dans l'eau distillée, à des doses variant de 0 gr. 08 à 2 gr. par kilogramme de poids du corps, par la voie stomacale, à 12 animaux : 6 chiens et 6 cobayes. Les résultats suivants reposent sur un total de 98 expériences. Les recherches de ces auteurs permettent de rectifier et de compléter dans les termes suivants l'opinion que, sur la foi des auteurs, on se faisait jusqu'ici des propriétés physiologiques du ferrocyanure de potassium.

1° Le ferrocyanure de potassium, même aux doses de 2 grammes par kilogramme du poids du corps, n'est pas toxique chez les animaux.

2° Le sel n'est pas un diurétique chez le chien ; mais chez les animaux qui ne vomissent pas, le cobaye par exemple, même à des doses faibles, une action diurétique certaine se manifeste pendant trois heures après la prise.

3° Chez le chien, l'usage répété du ferrocyanure de potassium amène des troubles intestinaux ; des vomissements sont infailliblement provoqués si la dose atteint et dépasse 80 centigrammes par kilogramme du poids du corps, quel que soit le degré de concentration de la liqueur.

4° La température, la circulation, la respiration, le système nerveux ne sont pas influencés suivant une modalité constante.

5° Le ferrocyanure se transforme dans l'économie, et est éliminé dans les urines à l'état de ferricyanure, lorsque la dose chez le cobaye ne dépasse pas 45 centigrammes par kilogramme du poids du corps ; au-dessus de ce chiffre l'urine contient à la fois du ferro et du ferricyanure.

6° L'action diurétique du ferrocyanure paraît devoir être rapportée au potassium, mis en liberté par le passage du ferrocyanure à l'état de ferricyanure, et immédiatement transformé en sels de potasse, diurétiques reconnus et avérés.

MM. Charrin et Roger. — *Propriétés microbicides du sérum.* — Nous avons déjà établi que les propriétés microbicides du sérum augmentent sous l'influence de la vaccination. En poursuivant cette étude avec le charbon symptomatique, nous avons constaté tout d'abord un fait contraire à tout ce qu'on aurait pu prévoir : le sérum du cobaye, animal sensible à cette maladie, constitue un milieu de culture bien plus mauvais que le sérum du lapin, animal naturellement réfractaire ; la même anomalie s'observe, du reste, pour le charbon bactéridien, ainsi que l'avait déjà dit Nuttal. On ne peut donc établir un parallélisme parfait entre la résistance naturelle des diverses espèces animales et les propriétés bactéricides de leurs sérums. C'est ce qui nous a engagés à étudier les modifications que la vaccination amène chez les animaux de même espèce.

Des cobayes vaccinés contre le charbon symptomatique ont été saignés, ainsi que des cobayes normaux, et leur sérum ensemencé avec de petites quantités de sérosité charbonneuse : il est facile de reconnaître que le développement commence dans le sérum des animaux vaccinés plus tardivement que dans le sérum normal ; la végétation est moins abondante et les bacilles qui finissent par pousser revêtent souvent des formes anormales ; ils sont grêles, mal colorés, réunis en amas ; leur longueur diminue quelquefois à tel point qu'on croirait, au premier abord, avoir affaire à des microcoques.

Les différences sont de même ordre, lorsqu'on suit comparativement le développement du charbon symptomatique dans le sérum de lapins, dont les uns sont neufs et dont les autres ont subi au préalable des inoculations intraveineuses, qui ont pour effet de renforcer leur immunité. Il semble même que les différences sont encore plus nettes qu'avec le cobaye.

Ces modifications du sérum ne sont pas transitoires; elles peuvent persister pendant soixante-dix jours.

Alexandre Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Frantz Glénard (de Lyon) communique les *résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète* d'après 324 observations de diabétiques. Pour explorer le foie il a eu recours à deux procédés : la méthode classique par la paroi abdominale antérieure, et sa méthode dite *méthode du pouce.* Quand ce procédé donne des résultats aussi négatifs que l'exploration classique, alors seulement on a le droit de dire que le foie est normal. Voici les constatations qu'il a faites sur ses 324 diabétiques : dans 60 0/0 des cas il existe une altération objective manifeste du foie, surtout du lobe droit. La densité du foie est augmentée dans 36 0/0 des cas et sa sensibilité dans 24 0/0. Chez 23 0/0 il est en même temps induré et indolent. C'est l'augmentation de volume qui se rencontre le plus souvent (34,5 0/0) et celle dans les deux sens. C'est l'hypertrophie indurée et indolente, avec localisation au lobe droit qui est la plus fréquente. — En se basant sur l'examen de 91 foies diabétiques, il conclut que : 1° le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant ; 2° il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète le distinguant de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire. Il propose le nom d'*hépa-*

tisme pour exprimer la parenté, par un trouble fonctionnel du foie, de toutes ces maladies; 3° il existe un diabète alcoolique fréquent qui est un diabète vrai et non une simple glycosurie symptomatique. Le diabète vrai alcoolique a toute la valeur d'un diabète expérimental, et est la conséquence d'une stéatose ou d'une hépatite alcoolique avortées, retardées ou limitées dans leur évolution. — En conclusion générale il pose que la clinique affirme, en dépit de la médecine expérimentale ou de l'anatomie pathologique, le rôle important joué par le foie dans le diabète. La clinique affirme l'existence d'un diabète vrai produit par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique.

M. Guermonprez (de Lille) étudie la *fracture du calcanéum par écrasement*. Cette fracture, signalée d'abord par Malgaigne, est mal connue. Il est impossible d'arriver à un diagnostic certain si on se contente d'examiner le malade couché. Les symptômes importants apparaissent au contraire lorsqu'il est debout. Il présente à l'appui plusieurs photographies de malades atteints de cette fracture. Elle doit être réduite et contenue, la réduction se faisant sans extension ni contre-extension, et la coaptation par des mouvements obliques et au moyen du massage. Pendant les premières semaines les applications chaudes sont utiles, et plus tard les pointes de feu, quand l'ostéite inévitable se déclare, sont indispensables.

M. Guéniot relate une observation de dystocie causée par une *dégénérescence kystique des reins chez un fœtus hydropique*. Il s'agit d'une femme de 23 ans, multipare, qui fut prise des douleurs de l'enfantement au 8ᵉ mois. La tête se dégagea normalement puis resta immobile. Les tractions pratiquées n'aboutirent qu'à la déchirure des téguments. En introduisant la main dans l'utérus on reconnut que l'obstacle était produit par un développement exagéré de l'abdomen du fœtus. On fut obligé alors de pratiquer l'éviscération. On arriva alors à déchirer et retirer par fragments une tumeur constituée par les reins forcés de petits kystes, formés aux dépens des tubes excréteurs ou aux dépens des capsules des glomérules. La tumeur formée par les deux reins mesurait 17 cent. 1/2 dans le sens transversal, 13 cent. dans le sens vertical et 8 cent. d'épaisseur. Si on ajoute à cela l'épaisseur des parois abdominales, considérablement œdématiées, on comprend les difficultés énormes qu'il a fallu vaincre pour l'extraction de ce fœtus.

M. Guéniot présente un *fœtus anencéphale*, âgé de huit mois, chez lequel on voit une déformation considérable de la face due à la présence de brides amniotiques adhérentes, et très analogue au fœtus anencéphale qu'il a présenté au mois de novembre dernier.

M. Lannelongue fait remarquer que la section de la face siège exactement au même point dans les deux cas, entre le bourgeon du maxillaire supérieur et le bourgeon du maxillaire inférieur, autrement dit qu'il s'agit d'une fente embryonnaire, résultat d'un arrêt de développement, au niveau de laquelle se sont trouvés soudés sous forme de brides les feuillets de l'amnios, grâce à un processus pathologique.

M. Heckel (de Marseille) adresse une note au sujet de la *noix de Kola* dans laquelle il affirme de nouveau que la caféine n'en est pas le principe actif et que ce qui agit c'est le rouge de kola. Il faut donc donner le kola en nature et non la caféine seule aux marcheurs.

M. G. Sée soutient au contraire que le seul principe actif est la caféine et qu'on ne doit pas donner à l'armée le rouge de kola dont la composition est inconnue.

M. Le Roy de Mericourt lit un rapport sur un travail de M. le Dʳ Marseille, médecin sanitaire de France à Zanzibar, ayant pour titre : *De l'île de Zanzibar au point de vue médical.*

Paul Sollier.

Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux. — M. J. Bonnier, chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Wimereux, est nommé directeur-adjoint du dit laboratoire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 18 Avril 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Ballet revient, à l'occasion du procès-verbal, sur sa communication et sur deux observations, celle de M. Joffroy et celle de M. Renaud, de Lyon (publiée au *Bulletin, mais non lue en séance*). Le 3ᵉ point de la communication de M. Ballet (à savoir si, dans certains cas de goître exophtalmique chez des hystériques, les hallucinations proviennent de l'hystérie ou de la maladie de Basedow) était resté en suspens; l'orateur faisait appel à d'autres observations. Celles de M. Joffroy et de M. Renaud éclairent-elles la question ? Il n'en paraît pas être ainsi pour celle de M. Joffroy. Dans celle de M. Renaud, il est question de délire de persécution et non d'idées de persécution. Or, il ne faut pas confondre, le délire de persécution est un syndrôme; l'idée de persécution est un symptôme banal. L'observation de M. Renaud ne tranche pas la question de la production de l'idée de persécution par la maladie de Basedow. Elle ne donne pas l'origine des idées de persécution du malade, et, bien qu'elle soit très intéressante, c'est ou ce peut être autre chose. Il est inexact que M. Ballet ait affirmé que l'hystérie est une cause de délire de persécution.

M. Huchard fait une communication sur l'*œdème aigu du poumon dans les affections de l'aorte*. Il rappelle d'abord une observation lue par lui il y a dix ans à la Société médico-pratique. Depuis, il a observé plusieurs cas d'œdème pulmonaire aigu survenant chez des malades atteints d'aortite et amenant la mort en quelques heures. Pendant l'épidémie de grippe, il a vu deux nouveaux cas, l'un chez un angineux, l'autre chez un malade atteint de néphrite interstitielle. Les auteurs diffèrent sur l'interprétation pathogénique de cette affection. Welsh (de New-York) l'attribue à une paralysie subite du ventricule gauche, Bouveret à des troubles de l'innervation vaso-motrice de l'artère pulmonaire. Ces modifications surviendraient aussi dans les affections de l'aorte par inflammation des plexus nerveux. Les théories de la fatigue du cœur et les théories relatives aux troubles de l'innervation et de la tension artérielle se réunissent pour faire accepter cette manière de voir. La chute subite de la tension artérielle rend compte des crises subites d'œdème aigu. La thérapeutique n'est pas désarmée en face de ces accidents. Les larges saignées peuvent rendre en ce cas de grands services. L'atropine, essayée chez quelques malades, n'a produit que des résultats nuls ou défavorables. La digitale ne paraît pas réussir. Dans certains cas, les préparations de scille, de strychnine ou de caféine ont donné de bons résultats. Si ces moyens échouent, il faut recourir à la saignée.

MM. Chantemesse et Widal. — L'existence de la pleurésie pendant l'évolution des lésions cutanées et muqueuses du stade roséolique de la syphilis n'a pas encore été signalée, bien qu'*a priori* elle ne semble pas devoir être exceptionnelle. L'attention dirigée de ce côté permettrait sans doute de reconnaître assez souvent la présence de frottements ou de crépitations traduisant une lésion de la plèvre au début de la période *secondaire* de la syphilis. Deux observations recueillies à l'Hôtel Dieu annexe semblent justifier cette hypothèse. Dans le second fait surtout, le doute ne paraît pas possible ; au milieu d'une infection syphilitique aiguë, fébrile, une pleurésie sèche apparaît, qui suit dans sa marche celle des autres accidents. Parmi les lésions secondaires de la syphilis, il semble donc y avoir place pour une pleurésie qui traduit une lésion de la séreuse de même nature que celle des téguments muqueux et cutanés.

M. Duponchel présente un soldat atteint de tremblement hystérique. Cet homme, vigoureux, solide, a une hérédité assez chargée : son père est alcoolique; sa mère, très nerveuse, a été internée pour un accès de délire ; une sœur de 18 ans, très nerveuse, a eu des attaques dans le jeune âge; un oncle est très emporté; une tante a les mêmes accidents nerveux que la mère. Le malade est violent, ni alcoolique ni syphilitique. Le tremblement a débuté à l'âge de 6 ans. Actuellement il s'accompagne d'un léger tremblement de la langue, cesse dans le décubitus dorsal. Le malade présente des points hyperesthésiques, de l'analgésie de la bouche. La pression dans les fosses

iliaques est douloureuse, sensibilité réflexe exagérée, pas de trépidation épiploïde, pas de rétrécissement appréciable du champ visuel.

M. Luys présente un malade atteint de *crises ambulatoires dans l'état de fascination*. Ce que ce malade présente surtout de remarquable, c'est l'état de fascination caractérisé par trois symptômes : anesthésie ; état cataleptique ; suggestionnabilité.

M. Ballet fait remarquer que ces signes sont précisément ceux qu'on accorde depuis dix ans à l'état cataleptique, l'état de fascination n'est donc pas une chose nouvelle, mais simplement un mot nouveau.

M. Luys. — La suggestionnabilité n'appartient pas à l'état cataleptique. Vous ne pouvez donner une suggestion verbale à un vrai cataleptique. S'il entend, il n'est plus dans cet état.

M. Ballet maintient sa précédente définition et persiste à ne pas voir de différence entre l'état cataleptique et celui que M. Luys appelle état de fascination.

La *Correspondance* comprend une lettre des élèves de M. Damaschino proposant une souscription pour lui élever un monument dans la salle des actes de la Faculté. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Schwartz montre un malade auquel il a fait, il y a deux ans, l'*orchidopexie* pour un testicule arrêté à l'anneau inguinal. Chez ce jeune homme, il le fixa au fond des bourses à l'aide de deux fils de soie. Le résultat s'est assez bien maintenu ; plus de douleurs. Ce jeune homme a une hernie inguinale.

M. Desprès. — L'orchidopexie est une opération mal conçue, une erreur chirurgicale. Un bandage échancré suffit pour guérir ces malades ; la hernie est la conséquence de l'opération. En somme, c'est là un résultat déplorable.

M. Schwartz. — Si M. Desprès avait vu le malade avant l'opération, il constaterait qu'elle a été très utile ; le bandage qu'il préconise n'aurait servi à rien. La hernie n'a pas été causée par l'opération ; elle doit être traitée aujourd'hui par la cure radicale.

M. Le Dentu n'est pas très enthousiaste de l'orchidopexie, surtout si le sujet est jeune ; mais il accepte cette opération à partir de la puberté. Il connaît des cas où des testicules en ectopie et atrophiés se sont développés tardivement. La descente spontanée ou opératoire du testicule n'est pas fatalement suivie d'une hernie, comme le croit M. Desprès.

M. Tillaux. — Quand le testicule est à l'anneau, très souvent il existe une variété spéciale de hernie inguinale, la hernie inguino-interstitielle, dont l'étranglement est très grave. M. Desprès a tort de dire que l'opération de M. Schwartz a été la cause de l'apparition de la hernie. Le malade avait sa hernie auparavant.

M. Desprès. — Vous direz ce que vous voudrez : le testicule est descendu parce qu'on a tiré dessus, et en tirant on a produit la hernie. De plus, votre opération d'orchidopexie est irrationnelle. Vous voulez fixer un testicule à la partie la plus mobile du corps, à la peau du scrotum. Ça ne peut pas tenir. Je le verrais que je ne le croirais pas.

M. Tillaux. — Le bandage dont a parlé M. Desprès est, la plupart du temps, absolument inefficace ; les malades ne peuvent pas le supporter.

M. Championnière. — Le bandage échancré a fait son temps ; il ne sert absolument à rien. D'ailleurs, chez les enfants, on peut l'essayer. D'autre part, fait capital, quand le testicule remonte, il *remonte* ordinairement *sans la peau* ; si M. Desprès avait vu un certain nombre d'opérés d'orchidopexie, il aurait pu s'en convaincre. Cette opération est absolument bénigne, mais difficile à bien faire.

M. Marchand a vu deux enfants de six mois chez lesquels l'emploi du bandage échancré a amené la descente du testicule.

M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Chibret (de Clermont-Ferrand) sur les *propriétés chimiques, antiseptiques et antisyphilitiques de l'oxycyanure de mercure*. Ce sel résiste à l'influence décomposante de la lumière ; il est très stable. Il n'attaque pas les métaux et réalise de la façon la plus simple l'antisepsie instrumentale. Il est moins irritant que le sublimé. Les plaies le supportent bien en solution au 1/1500. On peut faire avec lui des injections hypodermiques dans la fesse contre la syphilis (1/100) ; elles sont bien supportées. Une solution à 6 0/0 représente une solution à 2/1000 de sublimé. Le cyanure de mercure est aussi un antiseptique de premier ordre.

M. Kirmisson fait un rapport sur une *opération d'Estlander pour pleurésie purulente*, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, et due à M. Gellé (de Provins). — Opération, 15 mois après le début des accidents, le 9 avril 1889. Incision en U. Résection d'un segment de la 6e côte. Suites très simples. Guérison en quelques mois. En décembre 1889, le malade allait très bien. M. Kirmisson insiste sur ce cas qui est un succès, dont le principal facteur lui semble être le jeune âge de l'opéré.

M. Bouilly. — Il ne faut pas confondre les *opérations faites pour des rétentions de pus dans la plèvre* (poche se vidant mal, etc.) avec celles qui sont faites pour des fistules pleuro-cutanées très anciennes, c'est-à-dire avec l'*opération d'Estlander proprement dite*. — Il y a une grande différence entre ces cas.

M. Kirmisson. — Certainement, il y a une nuance entre ces cas là ; seulement elle est moins importante que le croit M. Bouilly.

M. Peyrot. — La différence est très réelle. L'opération d'Estlander est faite pour mobiliser la paroi thoracique, lorsqu'il n'y a rien à attendre du poumon. Il ne faut pas confondre avec l'Estlander de simples résections costales, car dans ces cas-là il s'agit d'une trop petite mobilisation. — On croit trop souvent qu'après 2 ou 3 mois on ne peut plus compter sur la dilatation des poumons. C'est une erreur. Le poumon peut revenir après 1 an et même 2 ans. Il faut bien connaître cette dilatation tardive.

M. Bouilly. — La distinction que j'ai faite à l'instant est basée sur l'observation et non pas sur la théorie. Une jeune fille de 15 ans, atteinte d'une pleurésie purulente 1 an auparavant, avait une cavité qui se vidait mal. La cavité était de 250 gr. On me l'adressa pour que je lui fisse l'Estlander ; je me bornai à faire une grande incision intercostale, des lavages, etc. ; et tout fut guéri. — Si cette pleurésie purulente n'avait pas guéri, c'est que l'empyème n'avait pas été très bien exécuté (1).

M. Kirmisson. — M. Gellé a fait une résection costale dans son cas et cela a très probablement, à son avis, contribué à assurer le succès.

M. Terrillon fait une communication sur un cas de *trépanation empirique pour une contusion du crâne, datant de 10 mois, avec céphalalgie grave ; amélioration ; guérison.*

Un officier de cuirassiers, de 35 ans, eut un jour son casque brisé dans un heurt violent ; le crâne fut préservé, mais violemment contusionné. Pas de plaie (octobre 1888). A partir de l'accident, étourdissements, douleurs de tête, etc. En décembre 1888, les phénomènes s'aggravent : douleur très vive à la partie supérieure gauche du frontal, continue, avec exacerbations. Amaigrissement notable. Médications les plus variées (KBr, KI, à hautes doses, etc.). Un médecin fit même une piqure avec une lancette allant jusqu'à l'os ; un autre, une longue incision du cuir chevelu ; la plaie suppura. Aucune amélioration. En juillet 1889, phénomènes de constriction violente du cerveau, sans localisation précise des douleurs. Trépanation le 3 juillet 1889. Incision cruciale dont le centre était à 6 cent. de l'apophyse orbitaire externe, à 8 cent. du nez, à 14 cent. de l'apophyse mastoïde. 2 couronnes de trépan de 3 c. 1/2. L'os avait une épaisseur de 0,015 millim. Incision de la dure-mère. Pas de lésion de la pie-mère. Au réveil, les douleurs avaient disparu. Guérison rapide. En 6 mois, le malade augmenta de 20 kilogr. A diverses reprises, quelques douleurs peu intenses. Depuis janvier 1890 il va très bien, et M. Terrillon inclinerait pour une ostéite des os du crâne, suite de contusion, au point de vue pathogénique.

---

(1) Si l'empyème ne donne pas chez nous des résultats absolument comparables à ceux qu'on observe souvent à l'étranger, c'est qu'on ne veut pas considérer en France la pleurésie purulente à Streptocoques ou à Staphylocoques, comme un *vulgaire abcès*, qu'il faudrait inciser *très largement*. Voir, à ce propos, les communications d'Immermann (Bâle), Schede, etc., au dernier *Congrès de Vienne*. (M. B.)

M. Lucas-Championnière a fait plusieurs opérations analogues. L'interprétation des phénomènes douloureux est très difficile. Au début, il y a seulement des douleurs, comme dans le cas de M. Terrillon ; mais plus tard il peut apparaître des accidents méningitiques, des vertiges, etc. Ces malades peuvent très bien guérir par la trépanation. La dure-mère joue peut-être un certain rôle (Exp. de Duret), car elle peut être malade. Ce qu'il y a de remarquable aussi dans ce cas, c'est l'altération profonde de la santé générale ; on dirait qu'on assiste à un début de paralysie générale, que vient bientôt enrayer une trépanation précoce. Lister a publié il y a longtemps un fait semblable. Il faut faire une large trépanation. Faut-il inciser ou non la dure-mère ? C'est une question à étudier. On dirait que quand on ne l'incise pas, qu'il a suffi de débrider le cerveau d'une coque osseuse qui l'enserrait. Ces douleurs sont une excellente indication pour la trépanation. D'ailleurs, c'est dans ces cas (douleurs très vives) et dans les cas de crises épileptiformes qu'opèrent les Kabyles, bien plutôt que dans les cas traumatiques. M. Championnière a pu s'en assurer lui-même en Algérie.

M. Routier a fait des trépanations pour des douleurs et des crises épileptiformes. Dans les 2 cas il y avait de l'ostéite des os du crâne. Dans un cas, l'os avait 19 millim. d'épaisseur. Chez un malade, 23 ans, ayant reçu un coup de revolver dans la tête, des douleurs très vives, des crises épileptiformes, et même un certain degré d'idiotie ont été guéris par la trépanation (malade revu un an après).

M. Peyrot cite le cas suivant qu'on peut rapprocher des précédents.

Jeune homme de 27 ans, ayant une fracture du crâne qui avait guéri sans traitement. Quelque temps après (6 ans) apparition de douleurs très vives dans la face, le crâne, troubles dans la marche, vertiges, sorte d'aphasie (difficulté de parler), faiblesse générale. Un point très douloureux au niveau de l'apophyse mastoïde. Trépanation de l'apophyse mastoïde ; en 8 jours tous les accidents disparurent, même les troubles de la parole.

M. Terrillon croit qu'il vaut mieux ouvrir la dure-mère pour voir s'il n'y a rien derrière.

M. Kirmisson. — Peut-être faudrait-il ranger le cas de M. Peyrot dans l'hystéro-traumatisme ? Un accident peut aussi bien causer des troubles cérébraux que des phénomènes spinaux.

M. Tillaux. — Les douleurs dont on parle peuvent s'expliquer par l'ostéite. D'autre part rien n'est difficile comme le diagnostic de l'ostéite de l'apophyse mastoïde. Il peut y avoir des symptômes de méningite très réels (diplopie, etc.). Le malade de M. Peyrot avait peut-être une ostéite de cette apophyse, puisque la guérison a suivi sa trépanation. Il faut songer aux nerfs de la dure-mère qui pourraient bien être atteints dans ces cas.

M. Terrillon. — Mon malade n'était sûrement pas un hystéro-traumatique.

M. Le Dentu lit la *statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service.*

a) Opérations sur les membres. Membres supérieurs : 7 amputations et désarticulations, 6 guérisons avec une mort tardive non imputable à l'opération ; sur les membres inférieurs : 24 grandes amputations ou désarticulations avec 2 morts dont 1 opératoire ; 15 petites amputations, 15 guérisons. — *b*) Opérations sur les os : 45 opérations, pas de mort. — *c*) Opérations sur les articulations : 14 opérations, pas de mort. — *d*) Tumeurs malignes : 67 opérations avec 55 guérisons, 3 résultats incomplets et 9 morts par choc traumatique et accidents pulmonaires (pas d'accidents septicémiques. — *e*) Tumeurs diverses : 40 opérations dont 38 guérisons et 2 résultats incomplets. — *f*) Autoplasties : 14 opérations, 14 succès. — *g*) Extractions de projectiles : 2 opérations, 2 guérisons. — *h*) Opérations sur les muscles, les tendons et les nerfs : 6 opérations et 6 guérisons. — *i*) Opérations sur l'appareil respiratoire : 7 opérations avec 7 guérisons. — *j*) Opérations sur l'appareil de la digestion : 69 opérations, 64 guérisons, 4 morts. 1 résultat incomplet. — *k*) Opérations sur l'appareil urinaire : 76 opérations, 67 guérisons, 4 résultats incomplets, 5 morts. — *l*) Opérations sur l'appareil génital de l'homme : 35 avec 35 guérisons. — *m*) Opérations sur l'appareil génital de la femme : 58, dont 1 seule, restée incomplète, suivie de mort (septicémie péritoneale), mais faite par le suppléant. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 Avril 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Huchard lit une communication sur l'*hyperchlorhydrie continue à forme pseudo-gastralgique ; son traitement par les alcalins à haute dose.* Il y a huit jours, j'ai vu un malade âgé de 48 ans, atteint depuis cinq ans de troubles gastriques, caractérisés par des douleurs vives à la région épigastrique et irradiées dans les hypochondres. Il y avait encore une sensation de pyrosis ; les douleurs étaient paroxystiques, prenant le malade dans la matinée, vers 11 heures du matin, durant une heure, l'après-midi à 3 h. 1/2 jusqu'à 7 h., et le soir vers minuit jusqu'à 1 h. du matin. Il y avait une crise faible le matin, une forte crise à midi, une moyenne le soir, commençant trois heures après chaque repas. Les douleurs étaient très intenses à ce moment. Le malade avait perdu ses forces et maigri. On pouvait faire 4 diagnostics différents : 1° crises gastriques d'origine tabétique ; 2° troubles d'origine hystérique ; 3° coliques hépatiques à forme pseudo-gastralgique ; 4° ulcère de l'estomac à forme gastralgique. Ces 4 diagnostics pouvaient être éliminés en raison de l'absence d'autres symptômes caractéristiques. Je me suis rallié à l'idée de l'hyperchlorhydrie due à la sécrétion continue de l'HCl produisant l'irritation de la muqueuse gastrique, et secondairement de l'atonie des parois stomacales. La grande indication était de diminuer l'acide chlorhydrique. J'ai prescrit à mon malade 20 grammes de bicarbonate de soude par jour (2 gr. au milieu de chaque repas, 2 gr. au moment des crises, et 4 gr. en deux fois au moment de la grande crise de la journée). Le malade buvait en outre de l'eau de Vals aux repas. Le malade souffrait très violemment depuis six semaines ; du jour au lendemain ces douleurs ont presque complètement disparu ; il est resté un peu d'endolorissement passager survenant après chaque repas, mais très supportable. Un médecin suisse a calmé par le bicarbonate de soude à haute dose les crises gastriques du tabès.

Depuis 8 jours, j'ai modifié le traitement de mon malade : crème préparée, bicarbonate de soude, āā 25 gr. en 50 paquets, 1 paquet toutes les 1/2 heures pendant 4 heures.

Les doses excessives de bicarbonate de soude peuvent, par suite de l'affection, produire une grande quantité de CO^2 et partant de la dilatation de l'estomac. La craie, étant insoluble, résiste aussi plus longtemps à l'action de l'acide chlorydrique. Actuellement, j'ai de plus fait prendre au malade de la magnésie calcinée comme purgatif léger.

C'est Reichmann qui a, en 1882, publié le 1er cas d'hyperchlorhydrie continue, puis Biegel (de Gressen) publia le 2e cas. La même année, M. G. Sée s'est fait, en France, le propagateur de ces idées.

M. Debove, en 1884, dans un cas d'ulcère simple de l'estomac, avait eu l'idée de donner du bicarbonate de soude à haute dose (18 gr. par jour).

En 1862, M. Jaccoud a dit qu'il a donné 20 gr. de bicarbonate de soude par jour à des rhumatisants, sans aucun accident.

M. Moutard-Martin. — Il y a longtemps qu'on a vanté les alcalins à haute dose. Puvry en prenait 30 à 40 gr. par jour.

M. Viguier. — Dans les cas de douleurs d'estomac, j'ai vu M. Bouchard prescrire du carbonate de chaux à ses malades. J'ai eu la curiosité d'examiner les urines de ces malades et j'ai presque toujours trouvé 0,50 centigr. à 1 gr. de sucre par litre. Lorsqu'ils ne souffraient plus de l'estomac je n'en trouvais plus.

M. Labbé. — M. Huchard a dit que l'hyperchlorhydrie est une des causes de la dilatation de l'estomac ; ces faits ne sont pas encore démontrés. J'appellerais plutôt cette affection : achlorhydrie. D'après Dumas, l'introduction du bicarbonate de soude dans l'estomac exciterait la sécrétion gastrique. Je me demande si ces doses de sel alcalin ne provoquent pas plutôt la sécrétion du suc gastrique. L'acide chlorhydrique n'est pas capable, je crois, de déterminer l'ulcère simple de l'estomac.

M. Huchard. — Voilà un malade auquel j'ai fait toutes les médications possibles sans aucun effet ; je lui donne du bicarbonate de soude et il est calmé du jour au lendemain. Je peux, je crois, en conclure à l'augmentation chez lui de l'HCl. Je crois qu'il y a une grande différence, entre donner un verre

d'eau de Vichy (1 gramme de bicarbonate de soude) et 20 gr. Le premier n'alcalinisera pas le contenu stomacal, ce que fera le deuxième.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE. — *Traitement de la coqueluche par l'antipyrine.* — Depuis ma dernière communication, j'ai redoublé de précautions dans l'administration de l'antipyrine, en raison des accidents qui ont été signalés depuis un an, après l'absorption de ce médicament. Les enfants présentant des phénomènes fébriles le supportent moins bien. J'ai soigné quatre enfants par l'exalgine; elle m'a donné de bons résultats, mais elle laisse un état d'ivresse désagréable. Après l'administration de l'antipyrine j'ai observé, avec cette dernière, deux cas de cyanose des éruptions scarlatiniformes; 6 fois de l'intolérance gastrique sur 300 malades, l'amélioration a été très nette 197 fois. Il faut s'assurer, avant d'ordonner l'antipyrine, de l'intégrité rénale. Je l'administre à la dose de 0,50 centigr. à 1 gr. 50 par jour. Il ne faut pas dépasser 3 gr. Il faut la donner immédiatement après les quintes, dans un milieu alcalin et donner après du lait ou du bouillon. Il faut administrer, au début, de fortes doses, et ne pas supprimer trop tôt le mdicament. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du lundi 21 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

M. MAGNAN fait une communication intéressante sur un cas de « *suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine trois centimètres* ». Il s'agit d'un cas de mort volontaire dans un paroxysme mélancolique chez une héréditaire dégénérée, X...., âgée de 32 ans, à l'aide d'une épingle longue de 3 cm. à peine. Cette malheureuse est entrée à Sainte-Anne, le 6 mars 1890. Les premiers jours se sont passés sans incident; puis elle s'assombrit, se plaint de la tête, ne peut se lever le matin; vers la fin de mars elle s'excite, devient anxieuse. Le 6 avril cette anxiété a pris des proportions considérables: elle veut sauver le monde, elle doit se sacrifier, elle se frappe la tête contre le sol, elle se mord l'extrémité des doigts, etc.... Vers une heure, X.... paraît plus tranquille; on la voit pâlir et tomber à la renverse; elle laisse écouler les urines. En la déshabillant, l'infirmière aperçoit implantée au-dessous du sein gauche une épingle qu'elle s'empresse de retirer. M. Lwoff, interne du service, appelé auprès de la malade, la trouve cyanosée, les extrémités froides, la respiration superficielle, lente et irrégulière; les battements du cœur faibles, tumultueux et profonds. On pratique des frictions générales, on fait respirer de l'ammoniaque, on donne de l'éther. Peu à peu le pouls se relève, la cyanose disparaît, la malade recommence à parler, elle revient complètement. Mais au bout d'un quart d'heure, elle pâlit de nouveau, perd connaissance, le pouls devient insensible, puis le cœur cesse de battre. A l'autopsie, on trouve, au niveau du sixième espace intercostal au-dessous du sein, un petit orifice analogue à celui que peut produire une épingle. La paroi thoracique soulevée, on voit l'orifice interne du trajet au milieu d'une tache ecchymotique. A l'extrémité inférieure du péricarde et à sa jonction avec le diaphragme on trouve une ecchymose de l'étendue d'une pièce de un franc. En ouvrant le péricarde, on le trouve rempli d'un sang liquide noirâtre; ce sang écoulé, on aperçoit le cœur logé dans une enveloppe cruorique jus de groseille: ce sac étant enlevé, on voit le cœur entouré encore d'une gaine cruorique, fibrineuse, rosée, qui tapisse l'organe dans toute son étendue. Le poids total du sang liquide et des deux enveloppes est de 280 grammes. La pointe du ventricule gauche, d'un rouge brun, présente distinctement sept petits pertuis qui semblent résulter d'autant de piqûres d'épingle. Il est probable que ces piqûres ont été faites à des moments différents, mais très rapprochés, ce qui expliquerait la première couche sanguine, fibrineuse, rosée qui paraissait indépendante de la seconde enveloppe noire, plus épaisse et plus molle. D'autre part, la position de la malade accroupie sur le sol, la poitrine légèrement inclinée en avant, permet de se rendre compte de la blessure à la pointe du cœur par une épingle de 3 cm. seulement introduite dans le sixième espace intercostal.

M. Gilbert BALLET présente son rapport qu'il a fait en collaboration avec M. VIBERT sur un *dégénéré persécuté*, R..., *ayant commis un homicide.* Il expose l'histoire clinique du malade; il retrouve, dès 1887, les premières manifestations morbides qui peu à peu se précisent et qui amènent R... à se croire persécuté, surveillé, à commettre une série d'actes étranges qui, sans présenter la gravité d'un crime, indiquaient déjà suffisamment la nature dangereuse de son délire. Si à cette époque R... avait été examiné par un médecin, le crime n'aurait pas été commis. Malheureusement, cet examen n'a pas eu lieu. M. Ballet démontre ensuite que l'évolution de ce délire est en tous points conforme à la vérité clinique; R... n'est donc pas un simulateur. Certains stigmates qu'il présente (nystagmus, etc.) plaident, en outre, en faveur de la dégénérescence. Toutes ces considérations amènent MM. Gilbert Ballet et Vibert aux conclusions suivantes: R... est un dégénéré atteint de délire de persécution; il est irresponsable du crime qu'il a commis sous l'influence de ses idées délirantes, mais, en sa qualité d'aliéné persécuté, il est dangereux et, vu le caractère rémittent, mais durable, de son délire, son internement doit être définitif.

M. MAGNAN. — R..., qui est actuellement dans mon service, est, comme dit si bien M. Gilbert Ballet, un héréditaire dégénéré atteint de délire de persécution. Je crois que, sous l'influence d'un régime approprié, il va s'améliorer et guérir.

M GILLES DE LA TOURETTE lit une communication sur les *ecchymoses spontanées chez les hystériques.* Il cite l'observation d'une hystérique qui s'est réveillée le matin avec des ecchymoses sur les jambes. Ces ecchymoses sont-elles l'effet d'une violence? Le médecin-légiste peut être appelé pour apprécier des faits de ce genre, et il doit savoir que chez les hystériques un état mental spécial, la suggestionnabilité, la crédulité, peut être la cause de ces phénomènes traumatiques sans intervention d'aucune violence. J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 17 Avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Considérations techniques justificatives de la méthode électro-gynécologique d'Apostoli.

M. APOSTOLI répond aux reproches qui ont été adressés à sa méthode sur les points suivants: 1° *Hautes intensités.* Après avoir rappelé le principe physique de la proportionnalité entre toute action et la masse entrant en mouvement ainsi que le carré de la vitesse dont cette masse est animée, l'auteur établit que, d'une façon générale, dans toute lésion utérine simple, il y a toujours tolérance parfaite du courant électrique; que dans toute lésion utérine compliquée d'altération des annexes il existe au contraire un manque réel de tolérance; qu'enfin, chez une même malade, la tolérance est variable à certaines périodes du traitement, sans qu'aucune explication de ce fait puisse en être actuellement donnée. Au point de vue spécial de l'application utérine des intensités dépassant 50 milliampères, l'auteur appuie sa manière de faire sur une série d'expériences encore inédites, faites en collaboration avec Laguerrière et relatives à l'action des courants sur les bactéries pathogènes, sur celles du charbon entre autres. Ces recherches lui ont, en effet, montré que, tandis qu'un courant de 50 milliampères prolongé pendant 30 minutes ne donnait aucun résultat de destruction de ces bactéries, un courant de 200 milliampères et de 5 minutes seulement les rendait absolument inertes. Rappelant enfin la découverte de Landouzy et Galippe relative au microbe des fibromes utérins, ainsi que celle des bacilles de l'endométrite et du cancer, M. Apostoli conclut que dans tous ces cas la formule générale de puissance physique $q = \frac{mv^2}{2}$ est applicable, c'est-à-dire qu'il faut des intensités élevées pour produire l'effet antimicrobien galvanique direct. — 2° *Action intra-utérine.* Pour l'auteur, la douleur de l'application galvanique chez les femmes est en raison directe du rapprochement du pôle près de la vulve, c'est-à-dire que cette douleur va en décroissant de la vulve au vagin, au col et enfin au corps utérin; à ce premier point de vue, l'action galvanique intra-utérine est déjà préférable. Au point de vue de l'utilisation maximum du courant, elle est encore seule convenable, car elle supprime autant que possible la diffusion du courant, celui-ci ayant une tendance à passer

par les points de moindre résistance, sans tenir compte de la distance géométrique de ces points. Telle est même la raison qui conduit M. Apostoli, dans les cas de fibromes denses ou postérieurs, à pratiquer la galvano-puncture : le résultat attendu alors n'étant pas l'évacuation d'aucun liquide morbide, mais bien simplement une orientation de courant au travers de la tumeur fibreuse. — 3° *Non-renversement des courants.* Les expériences microbiologiques en collaboration avec Laguerrière ont encore montré à l'auteur deux faits : 1° que le pôle positif de la pile était seul actif sur les cultures microbiennes ; 2° que, en outre des liquides acides mis en liberté par ce pôle, il s'y produisait aussi un dégagement d'oxygène très marqué. M. Apostoli conclut donc que le pôle positif seul doit être employé, que le renversement des courants annihile l'action antimicrobienne secondaire galvanique, qu'enfin à l'action parasiticide des acides vient, par l'emploi exclusif du pôle positif, s'ajouter celle non moins réelle de l'oxygène naissant, étendant la sphère d'action antiseptique de l'électrode en dehors des points touchés à l'ensemble de la cavité utérine. — 4° *Action calorifique.* L'action calorifique du courant galvanique ne peut être niée, surtout au pôle positif. D'après les expériences personnelles de l'auteur, avec 250 milliampères, elle atteint de + 50 à + 60° C., et étant proportionnelle au carré de l'intensité et à la résistance, d'après la formule $q = i^2 2$. On conçoit qu'avec les hautes intensités cette action calorifique soit réelle sur la régression de la tumeur, en modifiant sa stase veineuse par la dilatation des vaisseaux qui l'irriguent. — 5° *Action caustique.* Pour M. Apostoli comme pour tous les auteurs, d'ailleurs, l'action caustique bipolaire sur la muqueuse utérine ne peut être mise en doute, et, dans ces conditions, la thérapeutique électrogynécologique du système Apostoli revient, au point de vue des conséquences générales ultérieures, absolument aux traitements par les acides, le chlorure de zinc, les alcalis ou le curage. Au point de vue spécial de l'atrésie du col utérin, la méthode d'Apostoli ne laisse rien à désirer non plus, puisque, d'une part, la dysménorrhée n'existe jamais, et que, d'autre part, plusieurs cas de grossesses ultérieures ont été constatés. — 6° *Innocuité.* Depuis huit ans, M. Apostoli a fait plus de 10.000 applications galvaniques pour fibromes, endométrites ou lésions des annexes chez huit cents malades environ, et il n'a eu que trois cas de mort, tenant deux à des fautes opératoires et une à une erreur de diagnostic, cas qu'il a déjà publiés et dont les causes sont connues. L'innocuité de la méthode d'Apostoli est donc absolue.

M. Guelpa demande à M. Apostoli comment il peut atteindre les tumeurs lorsque, n'étant pas situées dans la paroi antérieure, elles ne se trouvent pas sur le trajet du courant. D'autre part, l'action antiseptique du courant ne semble avoir lieu que sur un point limité en correspondance de la surface de contact de l'électrode.

M. Apostoli.— Dans les cas de tumeurs postérieures, l'application du courant se fait, comme je l'ai déjà dit, en utilisant la galvano-puncture. Quant à l'antisepsie, elle est produite dans toute la cavité utérine par le dégagement d'oxygène naissant résultant de l'action électrolitique sur les liquides sécrétés.

M. Weber croit que jamais, avant la ménopause, on n'a pu observer la régression complète des tumeurs fibreuses.

M. Apostoli. — Le traitement électrique n'est point radical. Il y a amélioration sensible, mais j'ai toujours dit que la réduction totale est un fait exceptionnel.

Les secrétaires des séances : MM. Guelpa et Lecerf.

Hopital Boucicaut. — L'Assistance publique s'est préoccupée de rechercher un emplacement remplissant les conditions requises pour l'hopital Boucicaut, et elle vient de fixer son choix. En conséquence, la préfecture de la Seine a fait ouvrir ce matin une enquête à la mairie du 15e arrondissement (Vaugirard), sur un projet d'acquisition par la ville de Paris de terrains situés entre les rues de Lourmel, des Cévennes et de Vouillé projetée pour servir à la construetion de l'hôpital susdit. Ces terrains ont une superficie de 23,170 mètres et nécessiteraient une dépense de 566,193 fr. 50 cent., non compris les frais.

Mission scientifique. — M. Errington de la Croix est chargé d'une mission en Malaisie, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Fallier. — **Contribution à l'étude des fractures de l'épitroclée avec luxation du coude.** — H. Jouve, 1889.

II. — Péchadre. — **De la trépanation dans les épilepsies Jacksoniennes non traumatiques.** — F. Alcan, Paris, 1889.

III. — Maurange. — **De l'intervertion chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.** — Steinheil, Paris, 1889

IV. — Croft. — **Des plaies et des ruptures de l'intestin traitées par la laparotomie.** (*Méd. mod.*, 30 mars 1890).

V. — Sheswood Dunn. — **Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretéres chez la femme.** — Thèse, Paris, 1889.

I. — D'après l'auteur, la fracture de l'épitrochlée avec luxation du coude ne s'observerait guère que chez l'homme. Elle est directe ou indirecte. Quand elle est indirecte, ce qui est fréquent, la fracture doit être considérée comme une complication de la luxation. Rarement, en effet, une fracture indirecte est due à un arrachement musculaire et dans ce cas la complication est la luxation. Il existe une variété de fracture, appelée par l'auteur *fracture en coin*, dans laquelle le trait de fracture intéresse seulement la base et les bords interne et inférieur de l'apophyse, sans en atteindre le bord supérieur. L'auteur en cite une observation personnelle, intéressante et bien prise. Au point de vue du diagnostic, rappelons que dans toute luxation du coude on dèvra rechercher avec soin l'existence de cette fracture, car, si une telle lésion existe, le pronostic s'aggrave. En effet, si la fracture de l'épitrochlée est méconnue et non réduite, il y a prédisposition à la reproduction de la luxation. Il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir en même temps des troubles d'innervation notables dans la zone innervée par le cubital.—Il s'agit là d'un travail consciencieux, qui aurait gagné cependant à être un peu plus développé.

II. — Le travail de M. Pécharde sur la trépanation dans les épilepsies jacksoniennes non traumatiques est fort intéressant, mais il aurait pu être plus sérieusement étudié. Il met au point une question de chirurgie toute d'actualité, absolument moderne, basée uniquement sur les recherches physiologiques de ces dernières années et sur l'avènement des doctrines antiseptiques. Il fait connaître les résultats obtenus à l'aide d'une opération appliquée pour la première fois à de tels cas, par l'habile chirurgien-physiologiste Horsley. Les interventions de ce genre, considérées il y a quelques années encore comme trop hardies, sont pourtant très rationnelles et l'étude détaillée des observations montre qu'elles restent une ressource précieuse dans un grand nombre de convulsions jacksonniennes non traumatiques. Certes il y a des échecs ; mais la trépanation pratiquée au niveau de la partie du cerveau vraisemblablement lésée peut être suivie de guérison ou tout au moins d'un amendement très évident. Nous n'insisterons pas sur le procédé opératoire connu en France, surtout depuis les communications de M. Lucas-Championnière. L'auteur ne semble pas partisan de l'ablation des zones épileptogènes dans les cas où l'on ne voit rien d'anormal ; toutefois il n'exprime pas d'opinion ferme sur ce point ; de même pour la question de la réapplication des rondelles de trépan. On trouvera dans cette thèse deux observations inédites bien rédigées. Ce qui y manque le plus, c'est une opinion personnelle ; elle disparaît complètement devant l'analyse des travaux des chirurgiens anglais et américains, au point de vue de la médecine opératoire du moins.

III. — Dans son étude sur l'intervention chirurgicale lors de péritonite tuberculeuse, M. Maurange a rassemblé 71 observations dont le plus grand nombre est emprunté à la littérature étrangère; il y a plusieurs observations inédites dues à MM. les Prs Desmons, Lannelongue et Petit (de Rennes). Un tableau très bien compris résume les points principaux des diverses interventions. Les conclusions que l'auteur a tirées de son enquête sur ce nombre très respectable de faits sont très consolantes. Il paraît, en effet, admis aujourd'hui que la laparotomie est efficace dans bon nombre de péritonites tuberculeuses, de par les constatations cadavériques et de par les statistiques. L'intervention n'agit probablement qu'en favori-

sant l'évolution du tubercule vers la cicatrisation, en préparant la régression spontanée de la lésion. Toutefois l'auteur nous semble en être encore à la période de peur en ce qui concerne l'ouverture de l'abdomen; c'est ainsi qu'il conseille de n'intervenir qu'après l'échec du traitement médical, qu'à la dernière extrémité (ou peu s'en faut), qu'après avoir tenté d'un traitement d'attente qui consisterait à évacuer l'ascite et à faire une injection modificatrice (vaseline liquide iodoformée). Puisqu'il est démontré aujourd'hui que la laparotomie avec lavages antiseptiques (sublimé) de la cavité péritonéale, suivie ou non d'application de poudre d'iodoforme, constitue le traitement par excellence, pourquoi ne pas y recourir d'emblée, pourquoi attendre que les lésions deviennent très graves. Pourquoi tergiverser sans cesse ? Nous ne saisissons pas; ou bien on ne veut pas admettre qu'une laparotomie aseptique est bénigne. L'auteur a raison d'ajouter que dans quelques cas le drainage peut être utile, de même que le raclage des masses tuberculeuses situées dans l'intervalle des anses intestinales ou ailleurs.

IV. — Dans ces derniers temps, on s'est occupé, à la *Société de Chirurgie*, des plaies de l'intestin; certains orateurs ayant plus de confiance dans la bonté de la nature que dans le fil à suture du chirurgien, ont repoussé, sinon d'une façon absolue, du moins dans un grand nombre de cas, l'intervention par la laparotomie, se basant sur ce que les cas de succès, à la suite de cette question, sont encore rares; on doit donc mentionner tous ceux qui se produisent. Or, à l'une des dernières séances de la *Société de Chirurgie* de Londres, M. Croft a cité une guérison pour rupture de l'intestin grêle traité par la laparotomie avec entérectomie et entérorrhaphie. Ce fait, quoiqu'il n'ait pas trait à une plaie de l'intestin proprement dite ou à un coup de feu dans l'abdomen, est fort intéressant.

V. — Dans cet important travail d'un chirurgien américain, le lecteur français reconnaîtra vite l'esprit pratique qui anime tous ceux qui vivent de l'autre côté de l'Atlantique, cette allure spéciale aux mémoires des opérateurs de ce pays, cette tendance au progrès si réelle chez ce peuple qui veut, à tout prix, rattraper — ce qu'il fait à pas de géant — notre vieille civilisation européenne. M. le Dr Dunn, dans la thèse qu'il a voulu soutenir en France, a eu pour but d'indiquer un *traitement nouveau pour certaines lésions pathologiques qui, jusqu'à présent, n'avaient été traitées que par des opérations fort sérieuses, l'extirpation des parties malades.* Après quelques considérations sur lesquelles nous n'insisterons pas — car ces faits sont connus — et qui ont trait à la description des pyélites, uretéro-pyélites, cystites, hydronéphrose, etc., l'auteur a abordé, comme étude préliminaire, la séméiologie de l'uretère et l'énumération des moyens à employer pour l'exploration méthodique de cet organe. Avant de lire avec soin cette deuxième partie de l'ouvrage, on devra pourtant jeter un coup d'œil sur le résumé nosographique qui précède; là, en effet, le lecteur français trouvera résumée l'opinion de quelques chirurgiens américains sur différents points de symptomatologie. Après avoir ébauché l'exploration rénale (percussion, palpation, ballottement rénal de Guyon), M. Dunn décrit minutieusement celle des *uretères* : 1° D'abord le *palper*, si complètement étudié par Saënger; 2° *L'oblitération artificielle de l'ouverture vésicale de l'un des uretères*, qu'il cite seulement; ce moyen a été surtout employé chez l'homme; 3° Le *cathétérisme des uretères*, moyen ingénieux proposé par Simon (d'Heidelberg) et défendu avec talent par Pawlick, etc. M. Dunn, pour le décrire avec compétence, a fait des examens cadavériques, des essais sur le cadavre et des expériences chez la femme. On devra lire avec soin ce chapitre, que le défaut d'espace nous oblige à signaler seulement. Nous préférons attirer plus spécialement l'attention sur l'opération de Bozeman (de New-York) ou *kolpo-uretéro-cystotomie*, mal connue en France.

Cette opération, qui consiste à créer une fistule artificielle à l'un des angles du trigone vésical et qui donne accès à la vessie et à l'uretère, permet d'irriguer le rein et de dilater graduellement l'uretère. Le drainage du rein et de l'uretère s'obtient ainsi facilement. Cette opération permet aussi de drainer la vessie. La fermeture ultérieure de la fistule, après guérison des maladies pour lesquelles on l'a faite, n'est pas très difficile à réaliser en utilisant la suture boutonnée de Bozeman. L'auteur pense que la kolpo-uretéro-cystotomie, dont on devra lire le manuel opératoire dans ce travail accompagné d'un grand nombre de belles figures, est appelé à un avenir brillant.

Peut-être exagère-t-il un peu ? Cependant il est aujourd'hui impossible de se prononcer, car il s'agit d'une intervention à peine connue en France. Nous engageons donc nos lecteurs à l'étudier dans cette thèse. Heureux ceux qui pourront l'expérimenter; car, en publiant leurs observations, ils contribueront certainement à étendre le domaine de la chirurgie et nous permettront de nous faire une idée plus exacte de cette opération nouvelle. Marcel BAUDOUIN.

CORRESPONDANCE

Berlin, le 20 avril 1890.

Monsieur le Rédacteur,

Un appel vient d'être fait. dans plusieurs journaux, par un comité d'hommes célèbres, poètes et médecins, pour ériger un *monument en l'honneur de Richard von Volkmann.* La grande notoriété que Richard de Volkmann a eu en art chirurgical et dans l'art poétique, a fait naître l'idée, à ses amis et admirateurs, de lui ériger un monument là où il a exercé une influence si bienfaisante. Parmi ceux qui ont signé cet appel, se trouvent les noms de MM. E. von Bergmann (Berlin), Billroth (Vienne), Erb (Heidelberg), Gerhardt (Berlin), sir Joseph Lister (Londres), sir Mac Cormac (Londres), Nothnagel (Vienne), Ollier (Lyon), sir James Paget (Londres), Reverdin (Genève), sir Spencer Wells (Londres). Parmi les écrivains connus qui ont adhéré, citons MM. Georg Ebers, Karl Emil Franzos, Gustav Freitag, Ernst de Wildenbruch. Ce monument sera érigé, devant ou dans la clinique chirurgicale, à Halle.

Un autre comité s'est formé, sous la présidence de Rudolf Virchow, pour honorer la mémoire de *Traube*, en exposant son buste à l'hôpital de la Charité à Berlin.

Enfin le monument, qu'on élève à la mémoire de Langenbeck, portera le nom de *Langenbeckhaus*; il marche à grands pas. Au profit de cette œuvre, M. le Pr von Bergmann a fait paraître une petite brochure sous le titre : *La dernière fondation de l'impératrice Augusta.* Nous y trouvons un coup d'œil historique sur le commencement de l'œuvre. Langenbeck croyait qu'il était d'une grande importance, pour le développement de la *Société allemande des Chirurgiens*, de posséder une maison appartenant à la société. L'impératrice Augusta, après la mort de Langenbeck, rappela son idée, lorsqu'il fut question d'élever un monument digne du maître au grand représentant de la chirurgie allemande. Et dans son testament elle songea à cette création. La *Langenbeckhaus* est située près de la clinique chirurgicale officielle. Le plan du bâtiment ainsi que celui de la façade projetée sont représentés sur le frontispice de la brochure. La grande salle contiendra 500 fauteuils et 200 places pour les auditeurs debout. Dans le corridor principal, sera placé le monument en marbre, élevé en l'honneur de Langenbeck. L'empereur Guillaume II a fait un don de 100.000 marcs à la Société, au profit de la *Langenbeckhaus.*

Les travaux de *l'Hôpital des Enfants à Berlin* avancent rapidement. Il sera ouvert au mois de juin courant, du moins pour ce qui concerne la policlinique et le pavillon de la diphthérie. L'ouverture du pavillon pour la scarlatine, n'aura lieu qu'en automne. M. le Dr Babinsky est nommé premier médecin de l'hôpital.

Le remplaçant de Richard von Volkmann sera M. le docteur Bramann, qui était jusqu'à présent premier assistant du Pr von Bergmann, à Berlin; il est désormais nommé *professeur de chirurgie à Halle.* On se souvient que c'est M. le docteur Bramann qui a fait la trachéotomie au Prince royal, plus tard l'empereur Frédéric.

On s'est récemment occupé à Berlin, à la *Société de Méd. interne, des Maisons de santé pour les phtisiques*, à la suite d'une communication de M. le Pr Leyden sur le *Pneumo-*

thorax tuberculosus. M. le Pr Leyden a fait remarquer que, par suite des agissements des magistrats de Berlin, tout cela marchait trop lentement; les médecins, à son avis, devraient faire tous leurs efforts pour activer la solution. Les débats ont occupé quatre séances de la Société. En ce qui concerne la contagion de la phtisie, point capital pour lequel on demande des hôpitaux spéciaux, il y a divergence d'opinion. MM. Leyden et Furbringer ont combattu M. Cornet en disant que, depuis la découverte du microorganisme de la tuberculose, la possibilité de la contagion est exagérée notablement. Mais, de tous côtés, on croit nécessaire de fonder des maisons de santé pour les phtisiques, parce que les hôpitaux en général ne sont pas aménagés pour recevoir ces malades. — Dans ce but, le comité a reçu l'ordre de se mettre en relation avec tous les comités des sociétés médicales à Berlin. Aussi le 1er avril a eu lieu une réunion des délégués des sociétés berlinoises, sous la présidence de M. le professeur Leyden. Dans cette séance, on a élu un comité moins nombreux, ayant pour but d'activer les choses et de faire commencer les travaux.

Le 6 avril, M. le Pr Leyden a célébré son vingtième *jubilé* de professeur. La fête a été brillante.

Du 9 au 12 avril dernier a eu lieu *le Dix-neuvième Congrès de la Société allemande des Chirurgiens*. Le président, M. de Bergmann, a rappelé d'abord l'œuvre de l'impératrice Augusta et les travaux de Richard von Volkmann.

La séance ouverte, une communication de M. Kappeler, concernant le *chloroforme et l'éther*, a soulevé une importante discussion. M. le Pr von Bruns s'est prononcé pour l'éther ; au contraire, M. le Pr von Bergmann pour le chloroforme. On a demandé à chaque opérateur sa statistique de mort par le chloroforme ou par l'éther.

A la seconde séance, M. le Pr Ponfick a parlé de la *résection et de la reproduction du tissu hépatique*. Il a fait des expériences sur des lapins. Après l'ablation d'un quart du tissu hépatique, il n'a noté que des légers troubles dans la santé de l'animal. En en enlevant la moitié, il a remarqué des phénomènes plus importants, mais au bout de quelques jours l'animal se trouva tout à fait rétabli. L'ablation des trois quarts du foie a été supportée par plusieurs animaux, mais ils furent très malades pendant plusieurs jours. Une opération plus radicale ne réussit pas. On a remarqué que le foie coupé croît très promptement.

M. le Pr Tillmanns a montré, à cette séance, un malade chez lequel il a *réséqué plusieurs côtes*. Il s'agit d'un homme âgé de vingt-cinq à trente ans, atteint de tuberculose pulmonaire gauche, avec tuberculose des parties voisines de la plèvre et du thorax. M. Tillmanns a enlevé toutes les parties malades. Le malade se rétablit complètement et put continuer son métier. Il persiste encore un trou gros comme la paume de la main. On peut y enfoncer le doigt dans plusieurs directions, et aller jusqu'à la clavicule. Dans la profondeur on sent le poumon droit fonctionnant normalement. Ce cas démontre que la chirurgie du poumon n'est encore que dans l'enfance.

Dans une troisième séance MM. les Prs I. Israël et Max Wolff ont fait une communication sur la *culture de l'Actinomyces* hors l'organisme animal. Ils ont pu vacciner avec ces cultures des animaux. Un lapin, qui fut vacciné avec cette culture, a montré des preuves certaines de la maladie.— M. le Pr Gluck a parlé de l'*emploi du catgut, de l'ivoire*, etc., pour réunir les bouts de nerfs, les tendons et les os coupés. — M. le Pr Thiersch a été choisi comme président du prochain Congrès, à la place de M. le Pr von Bergmann.

Agréez, etc. Dr Arnold Samter.

Mortalité des enfants en bas age en France.—Un relevé fait par la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques constate que la mortalité des enfants en bas âge en France est inférieure à celle des autres pays, à l'exception de la Suède et de l'Angleterre. Dans ces deux contrées le chiffre de la mortalité est de 1[illegible]4 et 157 pour mille ; en France, il est de 169 en Italie de [illegible]0, en Autriche de 258. Quant à l'Allemagne, si en Prusse on trouve 217 décès [illegible] lement, en Bavière on en compte 317, en Wurtemberg [illegible] et dans la Souabe jusqu'à 400 pour mille.

THÉRAPEUTIQUE

Le Gaïacol.

La créosote est un des médicaments qui ont rendu le plus de services aux phtisiques. Cependant on a reproché à ce corps de n'avoir pas une composition bien définie et d'être sujet à des variations. La créosote est en effet un mélange en proportions variables de gaïacol ou méthyléther du brenzcatechin et de créosol ou homobrenzcatechinmonométhyléther. Le premier constitue les 60 à 90 centièmes de la créosote.

C'est Sahli (de Berne) qui a eu l'idée de substituer à la créosote son principal élément, le gaïacol. En France ce médicament a été introduit dans la thérapeutique par le Dr Labadie-Lagrave qui l'a prescrit avantageusement sous forme de perles ou de capsules.

Le gaïacol est un liquide incolore, d'une densité de 1117, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses ; la saveur et l'odeur en sont plus agréables que celles de la créosote. Comme la solution se trouble facilement à la lumière par la formation de corps résineux insolubles, il faut conserver ce médicament dans des verres colorés.

Les malades le supportent plus facilement que la créosote. Les tuberculeux affaiblis et alités seuls ont des vomissements et des diarrhées profuses. En général, on ne trouve pas de troubles accessoires comme des vertiges, des douleurs de tête, des nausées, que provoque la créosote. Cette tolérance beaucoup plus grande peut s'expliquer par ce fait que le gaïacol est un liquide de composition définie et par conséquent toujours semblable à lui-même, tandis que la créosote renferme des impuretés qui peuvent déterminer des vomissements.

Voici les principaux avantages qu'on a reconnus au gaïacol : En général, les malades voient leur appétit s'accroitre souvent d'une manière très sensible ; les digestions sont plus faciles et se font sans développement de gaz, ce qui peut s'expliquer par les propriétés antiputrides et antifermentatives de cette substance produisant l'antisepsie intestinale. Les quintes de toux diminuent surtout la nuit ; l'expectoration est plus facile et moins abondante, parfois elle change de caractère, de purulente elle devient muqueuse ou muco-purulente et prend une odeur aromatique, celle du gaïacol, surtout après l'usage des hautes doses. L'haleine exhale aussi la même odeur aromatique, même longtemps après que le malade a pris son médicament : il est donc probable que le gaïacol s'élimine par les poumons et peut agir directement sur la muqueuse lésée ou sur les surfaces pour modifier ou tarir les sécrétions.

Le gaïacol ne possède pas de propriétés antithermiques ; cependant la fièvre hectique diminue ou cesse par un mécanisme indirect, par suite de la diminution des sécrétions et de l'amélioration des surfaces malades. Le pouls et la respiration diminuent d'ailleurs de fréquence. Les sueurs diminuent également dans une forte mesure et il est rare de voir persister des transpirations profuses.

En général, on observe à la fois une amélioration de l'état local et des phénomènes subjectifs. Les bruits pulmonaires anormaux diminuent, le poids du corps augmente, mais ces résultats se constatent surtout dans les premières périodes de la maladie. L'examen des crachats et la recherche des bacilles confirment l'amélioration des symptômes ; ces microorganismes diminuent souvent et deviennent très rares s'ils ne disparaissent pas d'une façon durable. L'urine peut augmenter à la suite de l'amélioration générale, elle prend l'odeur aromatique du gaïacol, mais ne renferme ni sucre ni albumine, sauf quelquefois chez les sujets cachectiques.

Depuis trois ans, Bourget (de Genève) emploie un traitement intensif externe et interne par la créosote et le gaïacol. Il préfère cette dernière substance pour l'usage interne et la prescrit en solution dans le vin où dans l'huile de foie de morue en hiver. Si le médicament n'est pas bien

supporté, il le donne en lavement. On peut faire économiquement pour ce dernier usage une émulsion avec un jaune d'œuf, une cuillerée à soupe d'huile d'olive et 10 gouttes de gaïacol, auxquels on ajoute peu à peu, en agitant vivement, la quantité d'eau nécessaire pour un lavement de 250 grammes. Celui-ci est poussé aussi loin que possible, le malade étant couché sur le côté gauche. On peut avoir recours alternativement aux potions et aux lavements.

L'emploi externe consiste à frictionner la poitrine, le dos, les bras du malade, au moment de se coucher, avec un mélange d'huile, d'axonge, de lanoline et de créosote ; après quoi le malade doit se couvrir jusqu'au cou ; il se trouve ainsi baigné des vapeurs de créosote qui pénètrent par l'absorption cutanée et pulmonaire (1). L. JUMON.

VARIA

Création d'une Ecole du service de Santé de la Marine et de trois Annexes.

Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ART. 1er. — Il est créé, près d'une Faculté de l'Etat, une Ecole du service de Santé de la marine dont le siége sera désigné ultérieurement par décret. Dans cette Ecole, les élèves accompliront les trois dernières années de leurs études médicales et l'intégralité des études pharmaceutiques, moins le stage.

ART. 2. — Cette Ecole a pour annexes trois succursales, situées dans les ports militaires pourvus déjà d'une Ecole où les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale suivent les cours de première année du doctorat en médecine, et où les étudiants en pharmacie sont admis à faire leur stage.

ART. 3. — L'Ecole principale fonctionnera à partir du 1er novembre 1890.

ART. 4. — Les mesures relatives à l'admission des élèves, au fonctionnement des Ecoles de médecine navale et à l'organisation générale du service et des cours d'application dans les Ecoles annexes seront réglées par décret présidentiel et par décision du Ministre de la marine.

ART. 5. — Il sera pourvu aux dépenses nécessitées par cette institution au moyen des ressources générales du budget ordinaire de la marine. La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des Députés, sera exécutée comme loi d'Etat.

Fêtes universitaires de Montpellier.

Voici le *programme officiel* des fêtes qui doivent avoir lieu à Montpellier, à l'occasion du sixième centenaire de l'Université :

Première journée (Jeudi 22 mai). — Après-midi : inauguration de l'hôtel de Facultés (ancien hôpital Saint-Eloi). Le soir : réception universitaire des professeurs étrangers à l'hôtel des Facultés ; retraites aux flambeaux, illuminations générales.

Deuxième journée (Vendredi 23 mai). — Le matin : Arrivée de M. le président de la République et de MM. les ministres. — Réceptions officielles à la préfecture. — Après-midi : Célébration du centenaire au Peyrou. — Remise aux étudiants par M. le président de la République du drapeau de leur association. — Fête à l'hotel de l'Association des étudiants. — Le soir : Banquet de mille couverts offert à M. le président de la République dans l'hippodrome ; grand feu d'artifice sur le Champ de Mars ; illuminations générales ; concerts sur les places publiques.

Troisième journée. (Samedi 24 mai). — Le matin : Fêtes populaires dans les faubourgs : Danses locales (des treilles, du chevalet et des bâtons). — Après-midi : Grand cortège historique du seizième siècle en l'honneur de Rabelais et de Rondelet, docteurs de l'Université de Montpellier, avec le concours de l'armée et des étudiants : 600 personnes, 200 chevaux. Faisant suite au cortège historique : char de la Charité, exécuté par le 2e régiment du génie — Défilé des drapeaux et des bannières des étudiants français et étrangers. — Dans la journée : visites à l'Ecole d'agriculture, aux établissements universitaires, hospitaliers et de bienfaisance. — Le soir : au théâtre municipal, *Patrie*, avec M. Duc et Mlle Dufrane : orchestre conduit au quatrième acte par Paladilhe ; ode composée en l'honneur du centenaire, par M. de Bornier, dite par Mounet-Sully ; illuminations et bals au Peyrou et à l'esplanade.

Quatrième journée (Dimanche 25 mai). — Après-midi : grande fête à l'Ecole d'agriculture. — Le soir : bal donné par le conseil général des Facultés dans l'hôtel des Facultés. Concerts sur les promenades publiques ; retraites aux flambeaux.

N.-B. — Pendant toute la durée des fêtes : exposition artistique de la Société des beaux-arts, exposition d'horticulture au jardin des plantes, exposition rétrospective des beaux-arts, etc. — La souscription publique, ouverte parmi les amis de l'Université, a produit plus de 50,000 francs.

Circulaire relative à l'application de l'art. 3 du décret du 24 juillet 1889, en ce qui concerne les pharmaciens de 2e classe qui doivent subir de nouveaux examens pour pouvoir changer de département.

Monsieur le Recteur,

Le décret du 24 juillet 1889, relatif aux matières des examens probatoires qui conduisent aux grades de pharmacien de 1re et de 2e classe, a été rendu exécutoire à dater du 1er janvier 1890 ; cependant les étudiants en cours d'examen conservent le régime antérieur au décret précité pendant une période qui prendra fin en novembre 1892 (art. 3). Je suis consulté sur la question de savoir sur quelles matières doivent être interrogés les pharmaciens qui, changeant de département, sont astreints à subir de nouveaux examens. Ces praticiens ne peuvent évidemment pas être assimilés aux étudiants en cours d'examen dont il est question à l'art. 3 du décret du 24 juillet 1889, et, d'autre part, il serait peu conforme à l'esprit de ce décret de les obliger à préparer des matières qui, pour quelques-uns, seraient très différentes de celles qu'ils ont précédemment étudiées. J'ai décidé que jusqu'au 1er novembre 1892 les praticiens qui se présenteront pour obtenir un nouveau diplôme seront interrogés sur les matières des examens qu'ils ont déjà subis. A dater du 1er novembre 1892, le décret du 24 juillet 1889 restera seul en vigueur. Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés et Ecoles de votre ressort et d'en assurer l'exécution. Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.
Léon BOURGEOIS.

Institut scientifique des Pharmaciens-Médecins.

Le ministre du commerce vient d'être saisi d'un cas curieux que soulève l'application de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Les pharmaciens munis du diplôme de docteurs en médecine ou d'officiers de santé — qui sont au nombre de 150 environ pour toute la France — ont résolu de se constituer en un syndicat professionnel distinct de celui des pharmaciens ordinaires qui est déjà établi. Ils avaient fait, suivant les prescriptions de la loi de 1884, une déclaration à la préfecture de la Seine dans laquelle ils faisaient connaître qu'ils se constituaient en syndicat professionnel prenant la dénomination d'*Institut scientifique des Pharmaciens-Médecins*.

Après examen, la Préfecture a répondu qu'elle ne pouvait recevoir la déclaration, la Cour de cassation ayant, par un arrêt récent, refusé aux médecins le bénéfice de la loi sur les syndicats professionnels, qui ne s'applique pas, suivant elle, aux professions libérales. Les pharmaciens-médecins ont alors porté la question devant M. Jules Roche, ministre du commerce. Le chef du cabinet a transmis aux délégués des pharmaciens médecins la réponse ministérielle. M. Jules Roche est d'avis que la loi sur les syndicats professionnels doit être appliquée de la manière la plus large et la plus libérale ; mais il ne peut aller à l'encontre de la jurisprudence de la Cour de cassation. Il appuiera une proposition émanant de l'initiative parlementaire qui a été soumise à la Chambre et qui tend à généraliser la loi du 21 mars 1884 en l'appliquant même aux carrières libérales. Mais actuellement il ne peut rien faire de plus. En cet état, les pharmaciens-médecins vont s'organiser en syndicat professionnel sous un titre qui tout en rappelant les diplômes dont ils sont possesseurs, ne constituera pas un obstacle à l'organisation du syndicat, et qui par suite sera accepté par l'administration (*Temps*).

Hospice intercommunal de Fontenay-sous-Bois, Vincennes et Montreuil.

Dimanche dernier, on a posé la première pierre de l'hôpital intercommunal de Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes avec le cérémonial accoutumé, sous la présidence de M. Poubelle, préfet de la Seine. Dans un discours applaudi, M. Poubelle a rendu hommage à l'excellente initiative et à la prévoyance des trois municipalités qui se sont associées pour une œuvre aussi utile. — Puis a eu lieu la cérémonie proprement dite. Dans une caisse de plomb, encastrée dans la première pierre au niveau du sol, M. Poubelle a placé le procès-verbal de la séance que les assistants avaient signé ; puis une plaque de cuivre où étaient gravés les noms du président de la République, du ministre de l'intérieur, du préfet de la Seine et des membres de la commission chargée d'élever le monument ; enfin, trois pièces frappées en 1890, une pièce d'un

(1) Extrait de la *France médicale.*

centime, une de cinq et une pièce de vingt francs.— Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler l'origine de cet hospice situé à côté de la route qui dessert Fontenay-sous Bois, Montreuil et Vincennes, qui s'élève juste au milieu du triangle formé, par ces trois communes, et qui est protégé contre les vents du nord par les coteaux de Montreuil. Les municipalités de la banlieue de Paris ne voyaient pas sans préoccupation, depuis longtemps, l'insuffisance des ressources dont elles disposent pour l'assistance de leurs vieillards indigents. En 1857, Hachette, l'éditeur bien connu, qui était maire de la commune du Plessis-Picquet, posa la question et demanda que l'on fit de petits hospices dans la banlieue de Paris. Il ne fut pas donné suite à cette proposition, qui a été reprise en 1876 et 1879 par M. Hunebelle, maire de Clamart, et au conseil général de la Seine par notre rédacteur en chef, M. Bourneville et M. Métivié, sans aboutir encore.

L'encombrement des hôpitaux et hospices de la ville de Paris, par ses propres indigents, en restreignant peu à peu les facilités accordées aux communes de la banlieue, a ramené l'attention sur cette lacune dans l'organisation du département de la Seine. A la fin de 1885, et au commencement de 1886, M. Roux, le regretté directeur de l'administration départementale, et M. le docteur du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, soumettaient, l'un aux municipalités de Fontenay-sous-Bois, Montreuil, Vincennes, l'autre à la Société de médecine publique de Paris, des projets d'hospices intercommunaux. La Société de médecine publique fit bon accueil à la proposition du docteur du Mesnil, à l'occasion de laquelle M. Cheysson, inspecteur général des ponts et chaussées, présenta un travail soigné sur le groupement des communes en vue de créer les œuvres d'intérêt commun. Pendant ce temps M. Roux poursuivait la commission du syndicat des communes qui devaient construire *le premier hospice intercommunal du département de la Seine*. Il trouva dans les municiplaités des trois villes de Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes le concours le plus empressé. M. le Préfet de la Seine apporta à l'œuvre nouvelle un contingent décisif en la dotant d'une somme de 100,000 francs. L'établissement en voie de construction comporte une dépense totale de 300,000 francs, y compris la somme de 50,000 francs environ pour l'acquisition d'un terrain de 12,000 mètres, sur lequel il sera édifié. Chacune des communes intéressées participera à la dépense de construction, comme aux dépenses d'entretien, au prorata du nombre des lits qu'elles ont demandé pour placer leurs vieillards et dont le nombre s'élève aujourd'hui, au total, à soixante-dix. L'hospice est disposé de telle sorte qu'il pourra ultérieurement contenir cent quarante lits. Les services généraux seront dès le début organisés dans cette prévision. — Il serait superflu d'insister sur les services que l'hospice intercommunal de Fontenay-sous-Bois rendra aux populations de cette région; toutefois, en terminant, nous pensons qu'il est bon d'appeler encore une fois l'attention sur cette fondation; ce devrait être un exemple pour les autres communes de France.

Réforme des lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Dimanche dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, une réunion corporative organisée par M. le Dr Lamau, d'Issy-sur-Seine, à l'effet de discuter les projets de loi soumis aux Chambres et relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. La séance s'est ouverte par la nomination des membres du bureau. Ont été nommés : président, M. Bourneville; assesseurs, MM. Philbert et Bernheim; secrétaire, M. Lamau.

M. Lamau fait observer que tous les projets de loi votés jusqu'ici ont été votés pour le public contre les médecins. En justice, ce dernier est sacrifié. Les syndicats médicaux ont toujours tort. La loi du 28 germinal, interdisant aux pharmaciens de « délivrer aucun médicament ou drogue composée quelconque, sans ordonnance signée du médecin », avait établi cette prescription qui devait assurer à nos droits certains avantages. Il s'élève contre l'impuissance des médecins au sujet des médicaments délivrés aux malades par les pharmaciens. Leur consultation est toujours verbale et il est impossible de les poursuivre. Parlant également de la pénalité, le pharmacien, en cas de poursuites, profite de circonstances atténuantes et peut avoir une amende ne dépassant pas de 1 fr. à 16 fr., tandis que le médecin, dans le même cas, est toujours sûr d'avoir 600 fr. d'amende. A cette occasion, il parle des étiquettes des pharmaciens où le mot *dangereux* ou *poison* devrait toujours être mis lorsqu'il s'agit de médicaments toxiques. Le but poursuivi par M. Lamau est de modifier ces articles qui ont été conservés dans le dernier projet de M. Lockroy (art. 9). M. Lamau voudrait enfin, pour obvier à tous ces inconvénients, un seul diplôme (médico-pharmaceutique) permettant à son titulaire d'exercer n'importe quelle profession.

Un membre s'oppose à la question des étiquettes. Dans l'intérêt du public, c'est de le laisser juge de la capacité du médecin auquel il s'adresse.

M. Chouppe félicite M. Lamau d'avoir eu le courage de provoquer cette réunion et demande de s'inspirer, pour mener à bien le projet de réforme de toutes les revendications des confrères.

M. Peltier est opposé à ce qu'un pharmacien donne la moindre consultation. Pendant 10 ans qu'il a exercé la pharmacie avant d'exercer la médecine, jamais il n'a donné la moindre consultation. Le cumul des deux professions ne doit point exister. Il estime qu'il faut s'adresser pour les réformes à étudier aux Sociétés d'arrondissement, et il s'engage à en parler à la Société du Xe arrondissement dont il fait partie.

Un autre membre demande la nomination immédiate d'une Commission.

M. Lamau, sur certaines observations faites par quelques assistants, dit que le but qu'il s'est proposé en réunissant une assemblée n'a pas été de conclure mais de soulever une question, un mouvement d'opinion important destiné à faire naître des objections sérieuses, et de prouver que la loi sur l'exercice de la pharmacie est un attentat aux droits des médecins. Il demande la formation d'une Commission professionnelle pour éclairer les Commissions ministérielles qui sont toutes de bonne foi, dit-il, mais sont trop haut placées pour connaître les intérêts des humbles et des médecins modestes.

M. Philbert rappelle à la réunion, qu'il existe des Sociétés d'arrondissement et une Société centrale de ces sociétés qui s'est déjà préoccupée de la réforme de la législation.

M. Toledano appuie la nomination d'une Commission.

M. Madeuf, à la suite de quelques explications données par M. Lamau sur le but de la Société, proteste contre l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie par les rebouteurs, et l'indifférence des autorités. Les administrations judiciaires et départementales ne tiennent aucun compte de toutes les plaintes adressées par les médecins, surtout lorsqu'il s'agit de plaintes concernant les religieuses, dont les officines sont plus nombreuses que celles des médecins de campagne.

A la suite d'une série d'observations, et après des explications très nettes données par M. Bourneville, relatives à l'état de la question concernant la loi sur la médecine et la pharmacie, on décide, à l'unanimité, de nommer une Commission, de rédiger un questionnaire court et précis qui sera soumis aux Sociétés d'arrondissement qui, d'après leurs réponses, pourront faire l'objet d'un rapport intéressant, destiné à éclairer la Commission parlementaire et de réunir dans le plus *bref délai* une nouvelle assemblée des médecins du département de la Seine, qui, après discussion, chargera sa commission de porter aux membres de la commission ministérielle leurs observations. Il est procédé ensuite à la nomination de la Commission

Les membres élus sont : MM. les Drs Lamau, Rondeau, Peltier, Bernheim, Toledano. A. Rousselet.

Banquet de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a tenu son banquet annuel vendredi dernier, à l'hôtel Continental. A la table d'honneur, on remarquait M. Constans, ministre de l'intérieur, placé entre M. le Dr Lagneau, président de la Société, et M. le Dr Brouardel. Les trois directeurs des services sanitaires au ministère de l'intérieur assistaient au banquet, savoir : MM. Dujardin-Beaumetz pour l'armée, Béranger-Féraud pour la marine, Treille pour les colonies.

M. le Dr Lagneau a porté un toast au ministre pour le remercier de sa bienveillance. Il a rappelé ensuite les travaux de la Société d'hygiène relatifs à l'assainissement des habitations et des villes, l'hygiène rurale, utilisation des eaux d'égout, crémation, etc. C'est à l'initiative de cette Société qui compte actuellement un millier de membres, qu'a été due l'organisation des Congrès internationaux d'hygiène de Paris en 1878 et 1889.

M. Constans a prononcé ensuite un discours dans lequel il a déclaré s'intéresser beaucoup aux questions d'hygiène.

M. Brouardel a pris acte des promesses faites par le ministre. Il constate l'influence acquise par les représentants de la Société

d'hygiène à l'étranger. Au congrès de Vienne, par exemple, les solutions proposées par eux ont été adoptées par le Congrès, en présence de solutions opposées proposées par les savants allemands. Il faut évaluer à 20,000 personnes au moins le chiffre de ceux que l'on pourra arracher à la mort par an, si le personnel du ministère vient en aide aux médecins.

M. Brouardel propose donc de recevoir M. Constans comme membre honoraire de la Société. Cette proposition est accueillie par des acclamations approbatives. M. Brouardel termine en remerciant M. de Freycinet de faire, pour le département de la guerre, ce que M. Constans a fait pour l'intérieur. Enfin, il rend hommage au zèle éclairé de MM. Napias et Martin, secrétaires de la Société. M. Napias a répondu à ce toast et a bu à la presse.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

(Exercice illégal de la médecine).

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine s'est réuni le samedi 19 avril. Sur la demande de M. Leprévost, rapporteur du syndicat des médecins du Havre, il a examiné et adopté à l'unanimité l'amendement suivant, destiné à être ajouté à l'article 15 du projet relatif à l'exercice de la médecine, déposé par M. Lockroy : « 1° Est considérée comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des peines sus-énoncées toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que la loi lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiches ou de réclame, qu'elle traite certaines maladies. » Quant au paragraphe proposé également par M. Leprévost et devant figurer comme addition à l'article 16, paragraphe ainsi conçu : « 2° Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra, en outre, être frappé de la suspension temporaire de l'exercice de son art. » Ce paragraphe n'a pu être adopté par suite d'une décision antérieure du Conseil qui, au moment de l'examen du projet de M. Chevandier, avait été d'avis de réserver cette question, considérant qu'il n'y avait pas lieu de demander cette aggravation de pénalité.

Le Secrétaire général, PHILBERT.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — Dissection : MM. Farabeuf, Poirier, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Lannelongue, Marc Sée, Chauffard. — (2e *Série*) : MM. Segond, Jalaguier, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch Richet, Delens, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Rendu, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Letulle.

MARDI 29. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Brun, Poirier. 2e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Remy, Gley. (2e *Série*) : MM. Debove, Quenu, Nélaton. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Chantemesse. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz. — (2e *Série*) : MM. Lefort, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Hallopeau.

MERCREDI 30. — Dissection : MM. Farabeuf, Segond, Reynier. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Marc Sée, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Delens, Kirmisson, Netter. — (3e *Série*) : MM. Straus, Ricard, Poirier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Chantemesse. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Hayem, Rendu, Letulle.

JEUDI 1er. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lefort, Polaillon, Bar. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Nélaton, Rémy. — (3e *Série*) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Hutinel, Hallopeau. - (2e *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat*, (1re *Série*) : MM. Proust, Debove, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. G. Sée. Duguet, Gilbert.

VENDREDI 2. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Marc Sée, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Segond, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Tuffier. — (2e partie) : (1re *Série*) : MM. Fournier, Ricard, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Chantemesse. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Rendu, Chauffard, Déjerine. — 5e *de Doctorat* : (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Letulle, Netter.

SAMEDI 3. — Dissection : MM. Duplay, Polaillon, Quénu. — — 2e *de Doctorat*, oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Campenon, Quinquaud, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Debove, Gley. — (3e *Série*) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Remy. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton. — (2e partie) : MM. Peter, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 30. — M. Beynes. De la pérityphlite chez les enfants. — M. Clavot. Contribution à l'étude de la colotomie iliaque.

JEUDI 1er. — M. Petitcuenot. De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux. — M. Morel. Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie externe.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Ad. OLIVIER, ancien interne de la Maternité, commencera un cours de *Thérapeutique obstétricale* le jeudi 1er mai, à la *Policlinique de Paris*, 28, rue Mazarine, et le continuera les samedi et mardi suivants. Les élèves seront exercés à la pratique des principales opérations et manœuvres obstétricales. On s'inscrit à la Policlinique, tous les jours, de 3 à 5 heures.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

Séance du 19 avril. — PRÉSIDENCE DE M. DARLOT.

Laïcisation des Hôpitaux de Paris.

M. Georges BERRY. — Messieurs, je ne veux pas prononcer un discours, je me borne à déposer purement et simplement une proposition dont le but est de mettre chacun de nous en mesure de se prononcer sur la Laïcisation. (Oh ! Oh ! Protestations, bruit.) Voici ma proposition.

M. RÉTIES. — Vous ne parlerez pas. (Bruit prolongé.)

M. MUZET. — Il n'est pas possible de voter une question aussi grave à la fin d'une session.

M. Georges BERRY. — Je dépose donc la proposition suivante sur laquelle je demande le scrutin. (Bruit) : « Le Conseil délibère : l'Administration de l'Assistance publique est invitée à préparer la réintégration des sœurs dans les hôpitaux d'où elles ont été chassées. — Signé : Georges Berry, Ferdinand Duval, Maurice Binder, Gamard, Riant, Lerolle, Cochin, Despatys, Deville, Marius Martin.»

M. RÉTIES. — Je demande la question préalable. Le Conseil s'est souvent prononcé sur la laïcisation et on ne peut admettre qu'à la dernière heure, au moment où ses pouvoirs vont expirer, on nous soumette une proposition qui puisse laisser croire que le Conseil pourrait revenir en arrière.

M. Georges BERRY. — C'est la première fois qu'on demande la question préalable sur la proposition d'un membre du Conseil.

DE TOUS CÔTÉS. — L'ordre du jour pur et simple !

M. LEROLLE. — L'ordre du jour pur et simple, soit ! Mais nous demandons un scrutin.

M. FAILLET. — La proposition de M. Georges Berry est une insulte au Conseil. (Bruit prolongé. — Protestations à droite.)

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai reçu, sur l'ordre du jour pur et simple, une demande de scrutin. Je consulte le Conseil. — Le scrutin pur et simple donne les résultats suivants :

Nombre de votants	59
Majorité absolue	30
Pour	47
Contre	12

Le Conseil a adopté l'ordre du jour pur et simple.

Ont voté *pour* : MM. Bassinet, Benon, Boll, Boué, Paul Brousse, Cattiaux, Champoudry, Chassaing, Chauvière, Cusset, Darlot, Daumas, Delhomme, Deligny, Hector Depasse, Deschamps, Dubois, Faillet, Foussier, Hattat, Alphonse Humbert, Jacques, Alfred Lamouroux, Lavy, Levraud, Charles Longuet, Arsène Lopin, Lyon-Alemand, Marsoulan, Maury, Mayer, Muzet, Navarre, Patenne, Albert Pétrot, Piperaud, Réties, Emile Richard, Rousselle, Ruel, Saint-Martin, Sauton, Simoneau, Strauss, Stupuy, Vaillant, Paul Viguier.

Ont voté *contre* : MM. Georges Berry, Maurice Binder, Cochin, Despatys, Després, Deville, Dufaure, Duplan, Ferdinand Duval, Lerolle, Marius Martin, Riant.

En congé : MM. Chabert, Rouzé. — Excusé : M. Bompard. — N'ont pas pris part au vote : MM. de Bouteiller, Collin, Chautemps, Léon Donnat, Dumay, Gamard, Gaufrès, Guichard, Hervieux, Joffrin, Lefebvre-Roncier, Paulard, Perrichont.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — *Asile-dortoir pour les femmes.* — Conformément à une proposition de M. Paul Strauss, l'administration est invitée à faire construire, sur la partie des terrains retranchés du cimetière Montparnasse, un asile-dortoir pour les femmes enceintes. La dépense est fixée dans la limite d'une somme de 270.000 fr. Il s'agit là d'une réforme très importante sur laquelle nous reviendrons.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr TARTIVEL.

M. le Dr Aimé-Philippe TARTIVEL est mort à l'âge de 61 ans à l'établissement hydrothérapique de Bellevue, qu'il dirigeait depuis de longues années.

Né à Beaune-de-Venise (Vaucluse), étudiant de la Faculté de Paris, de suite après avoir passé sa thèse, Tartivel, collabora à l'*Union médicale*, dont il devint l'un des rédacteurs les plus assidus. C'est en 1856 qu'il entra à l'établissement de Bellevue, avec Fleury, et qu'il écrivit dans son journal, le *Progrès*. Depuis cette époque, il s'occupa surtout d'hydrothérapie. Indépendamment de ses multiples publications dans la presse scientifique, on lui doit plusieurs articles du *Dict. Encyclop. des Sciences médic.* (Bains, Douches, Hydrothérapie, etc.). Ses compte-rendus, d'un style fort correct, étaient très clairs et très appréciés, avant l'invasion du reportage médical.

C'était un de nos confrères en journalisme et un des doyens de la presse médicale. Très honnête, très bienveillant, fort exact, mais sans faiblesse et en général impartial dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels, le Dr Tartivel s'était acquis l'estime et la sympathie de tous ses confrères de la presse scientifique.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 avril 1890 au samedi 19 avril 1890, les naissances ont été au nombre de 1167 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 436 ; illégitimes, 135, Total, 589. — *Sexe féminin :* légitimes, 418 ; illégitimes, 160, Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 avril 1890 au samedi 19 avril 1890, les décès ont été au nombre de 1118 savoir : 625 hommes et 493 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4. T. 7. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 19, F. 28, T. 47. — Scarlatine : M. 3, F. 6, T. 9. — Coqueluche : M. 3, F. 6. T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 23, F. 8, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 84, T. 204. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 14. T. 36. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 15. T. 38. — Méningite simple : M. 22, F. 26, T. 48. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 20, T. 43. — Paralysie : M. 5, F. 3. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 7, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 33. T. 55. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 17. T. 41. — Bronchite chronique : M. 33, F. 21. T. 54. — Broncho-Pneumonie : M. 34, F. 22. T. 56. — Pneumonie : M. 36. F. 40. T. 76. — Gastro-entérite, biberon, M. 21, F. 16. T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 6. T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 20, F. 10, T. 30. — Sénilité : M. 10, F. 21. T. 37. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 4. F. 2. T. 6. — Autres causes de mort : M. 107. F. 77. T. 184. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 18. Total : 42 — *Sexe féminin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 13. Total : 53.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. JOUBIN, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de physique à la Faculté des sciences de Besançon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — Un congé d'inactivité, du 16 avril au 31 octobre 1890, est accordé à M. CAGNIEUL, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. MESLIN, docteur ès sciences, professeur au Lycée de Poitiers, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Joubin, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Louis GUINON, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale de ladite Faculté (hopital de la Pitié), en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions. — M. HUDELO (Lucien-Louis-Albéric), directeur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Guinon, appelé à d'autres fonctions.

Clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne). — M. le Pr BALL a repris le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 20 avril 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Manœuvres obstétricales (école pratique). — M RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé, commencera les exercices opératoires d'obstétrique, à l'Ecole pratique (pavillon n° 6), le lundi 5 mai 1890, à 3 heures de l'après-midi, et les continuera les jours suivants à la même heure. Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 29 avril inclusivement. Seront seuls admis : 1° les élèves pourvus de 16 inscriptions ; 2° les élèves de 4e année, possesseurs de 14 inscriptions. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LAMBLING, professeur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, membre du conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. HAFFNER, délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé aide d'anatomie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Les professeurs titulaires et les chargés de cours des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de l'Académie de Poitiers sont convoqués, le jeudi 8 mai 1890, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. le Dr Robert, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. RÉVOL, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. CABADÉ, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours d'hygiène et médecine légale à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE. — Le Conseil général de l'Hérault a adopté le vœu que l'Ecole de médecine navale, récemment créée, soit installée à Montpellier et que, tant dans l'intérêt du haut enseignement que par respect pour les situations acquises, il ne soit pas créé de Faculté de médecine à Marseille.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat en Pharmacie.* — Les membres du Jury de l'Internat en pharmacie sont : MM. Bourgoin, président ; Thomas, Vigier, Schmidt, Meillière, pharmacien de l'hôpital Tenon ; Soumié-Moret, pharmacien de l'hôpital des Enfants-Malades ; Vialla.

Concours du Bureau central en Chirurgie. — La 2e épreuve est commencée. Voici les diagnostics des malades qui ont été donnés aux candidats, ainsi que les notes qu'ils ont obtenues. — M. Guinard : *Dermosynovite de la plante des deux pieds chez un sujet atteint de double pied bot*, 19 ; — M. Potherat : *Lymphangite avec abcès angioleucitiques du bord cubital de la main*, 19 ; — M. Hallé : *Scrofulides multiples, cutanées, ganglionnaires, osseuses et articulaires*, 16 ; — M. Rochard : *Hydrocèle infantile avec refoulement du testicule*, 16 ; — M. Delbet : *Ostéite tuberculeuse costale avec fistule et fracture spontanée*, 18 ; — M. Demoulin : *Contusion du pied*, 17 1/2 ; — M Beurnier : *Ganglion tuberculeux du cou*, 15 ; — M. Lejars : *Fracture de l'extrémité inférieure du radius*, 17 1/2 ; — M. Castex : *Ostéite tuberculeuse costale avec abcès froid*, 16 ; — M. Albarran : *Hernie crurale étranglée*, 18 ; — M. Clado : *Ostéoarthrite tuberculeuse du genou*, 18.

Laboratoire de M. Quinquaud à l'Hôpital St-Louis. — Le Conseil municipal a voté récemment une allocation de 2.500 fr. à M. Quinquaud pour l'agrandissement de son Laboratoire. Sur cette somme, 1.500 fr. par an seront destinés à payer un aide de laboratoire.

HYGIÈNE DES VILLES DANS LE MIDI DE LA FRANCE. — *Voyage du président de la République à Marseille et Toulon.* Aux réceptions de ces deux villes, les maires ont rappelé à M. Carnot que depuis longtemps il réclamait qu'on s'occupat un peu de l'assainissement de nos deux principaux ports méditerranéens. M. Carnot a répondu qu'il était prêt à défendre tout ce qui pouvait leur être utile. Ses ministres ont-ils les mêmes intentions ? Il est permis d'en douter, ou du moins leurs intentions, s'ils en ont, ne sont pas fermes, car depuis que le choléra est venu visiter la France, on s'est borné à des promesses.... toute méridionales d'ailleurs.

LA MÉDECINE DANS LES CONSEILS GÉNÉRAUX. — Le conseil général du Pas-de-Calais est d'avis qu'il ne faut pas supprimer l'officiat de santé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Mérite agricole.* — A l'occasion du voyage présidentiel dans le Midi, M. le Dr Victor Vidal (d'Hyères), le savant président de la Société d'Horticulture du Var, a été nommé chevalier du Mérite agricole. Inutile de rappeler que notre distingué confrère est un des premiers viticulteurs du Midi, qui se livre à la viticulture en utilisant toutes les données de la science moderne.

MONUMENT DURAND-CLAYE. — *Souscription.* — Le Conseil municipal de Paris, d'après sa séance du 17 avril, participera pour 4.000 fr. dans les frais de la statue qui sera élevée à Durand-Claye à Gennevilliers, où sont les champs d'épuration qu'il a préconisés et installés.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société Médico-Psychologique se réunira, en séance solennelle, le lundi 28 avril, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour :* 1° rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Dupain; 2° rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Séglas; 3° rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Legrain; 4° rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Christian. Banquet à 7 heures, au Grand-Véfour (Palais-Royal). Prière d'envoyer son adhésion au Secrétaire général, *au plus tard* le 25 avril au soir.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Prix.* — Le prix annuel de médecine institué par le ministre de la guerre a été partagé au concours de 1889, comme vous l'avez déjà dit, entre MM. Burbureaux et Coustan. Le mémoire de M. Burbureaux avait pour titre : *Généralités sur les maladies contagieuses le plus fréquemment rencontrées chez les soldats*; celui de M. Coustan : *La pleurésie dans l'armée.* On n'a pas décerné de prix de chirurgie, les mémoires envoyés ne remplissant pas les conditions exigées. Aucun mémoire n'est parvenu au ministre pour le prix de pharmacie.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *Fêtes.* — Un étudiant français est allé à Turin pour inviter les étudiants turinais aux fêtes du 6e centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier. Reçu par le président et le secrétaire de l'association universitaire, il a exposé le motif de son arrivée, a parlé des intentions des associations françaises, de leur grand développement et de l'appui accordé par les autorités politiques aux sociétés universitaires. Il a ensuite visité l'Université où il a été reçu par le recteur Vaccari, qui lui a promis que l'Université de Turin serait représentée aux fêtes de Montpellier. L'association lui a offert un banquet. Il y a eu des toasts à l'Italie et à la France.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Gabriel GIGNOUX (de Lyon). — M. le Dr MONTILLOT (de Provins). — M. J.-H. OROMI, médecin de la marine (Sénégal). — M. le Dr PÉRET, médecin militaire (Bayonne). — M. le Dr CLARET (John), médecin assistant à l'asile de Cléry, décédé le 22 mars dernier, à 29 ans. Ancien élève de l'Université de Genève, ancien interne à l'asile d'aliénés de Verneuil, il se consacra tout entier à la psychiatrie ; il fut nommé médecin à Cléry en 1883. — M. le Dr WEREWKIN, privat-docent de médecine légale à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le Dr PERRIER, conseiller général républicain du canton de Valleraugue (Gard). M. Perrier était âgé de 70 ans.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique du Jeudi.* — M. le Dr Henri HUCHARD a commencé, le Jeudi 27 mars, ses Conférences au lit du malade. Il les continuera chaque semaine, le même jour et à la même heure (dix heures précises). — *Objet de ces conférences :* Médecine pratique ; diagnostic et traitement des maladies ; indications thérapeutiques ; mode d'administration et posologie des médicaments.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Clinique infantile.* — M. le Dr DESCROIZILLES a commencé ses Leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 25 avril, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades, avant la leçon, salle Dechaumont.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Conférence de clinique infantile.* — M. le Dr LEGROUX, agrégé à la Faculté, a repris ses leçons sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à 3 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau ; il les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

HÔPITAL DU MIDI ET HÔPITAL DE LOURCINE. — MM. les Drs MAURIAC, DU CASTEL, HUMBERT, BALZER, DE BEURMANN et POZZI, médecins et chirurgien de ces deux hôpitaux, reprendront leurs conférences cliniques le mercredi 30 avril, à 9 h. 1/2 du matin. La première conférence aura lieu à l'Hopital du Midi, la seconde à l'Hopital de Lourcine, et les autres alternativement, dans chacun de ces deux hopitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Conférences de Dermatologie et de Syphiligraphie.* — M. le Dr QUINQUAUD commencera ces Conférences le mercredi 7 mai, à 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Il les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 MAI 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. SEVESTRE.**

Des conditions de propagation de la diphtérie ;

Leçon recueillie par **L. GUINON**, ancien interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Fréquence croissante de la diphtérie.

Origine microbienne de la diphtérie : travaux de Klebs, Löffler, Roux et Yersin. — Caractères principaux du Bacille de Klebs. — Vitalité du bacille démontrée par les expériences de laboratoire ; — par les observations cliniques.

Mode de transmission de la diphtérie : contagion directe par la fausse membrane ; — par le contact du malade ; — transport par les vêtements, les instruments, les objets quelconques ; — contagion par les volailles.

Périodes contagieuses de la diphtérie ; — durée de l'incubation.

Prédispositions locales : maladies antérieures de la gorge ou des bronches, — prédispositions générales, — influence de l'âge, des saisons, etc.

Mesures de prophylaxie : isolement ; — antisepsie. — Résultats obtenus par ces mesures de prophylaxie à l'hospice des Enfants-Assistés.

Messieurs,

La diphtérie, vous le savez, est l'une des maladies les plus terribles que nous ayons à combattre, et malheureusement, il faut bien le reconnaître, elle présente d'année en année une tendance très accusée à devenir à la fois plus fréquente et plus grave. Jusque vers le milieu de ce siècle, la diphtérie se manifestait sous forme d'épidémies isolées, affectant plus particulièrement certaines contrées ; aujourd'hui, elle ne respecte plus aucune région, elle est endémique dans la plupart des grandes villes, et les campagnes elles-mêmes sont fréquemment envahies ; en même temps d'ailleurs que les atteintes de la maladie sont plus fréquentes, elles deviennent aussi plus meurtrières.

Le tableau suivant, dont j'emprunte les éléments à un travail de M. Bouchut (1) et aux tableaux statistiques de M. Bertillon (2), vous permet d'apprécier l'effroyable progression qu'a suivie à Paris, depuis soixante ans, la mortalité par diphtérie. Vous y voyez que, de 164 décès en 1827, on arrive progressivement à 543 en 1857, et au chiffre colossal de 2.364 en 1877 ; depuis lors, cette proportion a présenté quelques oscillations, mais on trouve encore 2.198 décès en 1887 ; en d'autres termes, dans un espace de cinquante années, la mortalité par le fait de la diphtérie est devenue environ 14 fois plus forte. Je sais bien que pendant ce temps la population de Paris s'est elle-même accrue, mais dans des proportions notablement moindres.

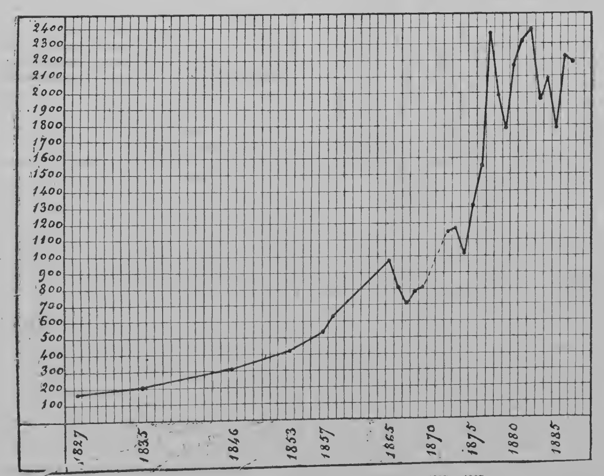


Fig. 74. — TABLEAU I. — Mortalité par Diphtérie à Paris, de 1827 à 1887.

(1) Cité dans une leçon de M. Grancher. (*Bulletin Médical*, 1889.)

(2) *Annuaire Statistique de la Ville de Paris*, année 1883, p. 176, et années suivantes.

Si d'ailleurs on recherche quelle est la proportion de décès par diphtérie pour 100.000 habitants, on voit que pour les quinze dernières années ce chiffre oscille entre 60 et 120. Or, pendant la même période, le chiffre de la rougeole se maintient (sauf pour les quatre dernières années) entre 30 et 45, et celui de la scarlatine est le plus souvent inférieur à 10. Le Tableau II vous permet d'apprécier ces différences (1).

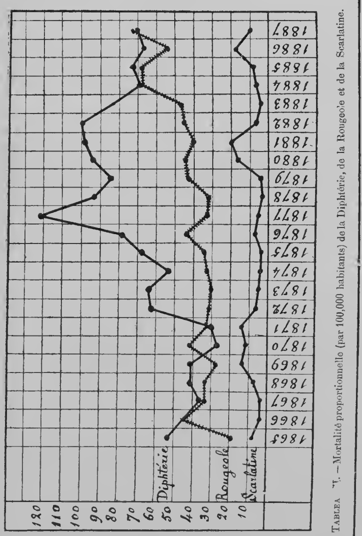


Tableau II. — Mortalité proportionnelle (par 100,000 habitants) de la Diphtérie, de la Rougeole et de la Scarlatine.

L'importance que présente la diphtérie m'engage à commencer par elle l'histoire des maladies contagieuses de l'enfance; aussi bien des découvertes récentes semblent-elles jeter un jour nouveau sur ses origines, et nous pouvons, avec plus d'assurance, établir quelques règles pour diriger la prophylaxie et le traitement.

Vous comprenez qu'en ce moment je fais allusion aux recherches sur la nature microbienne de la diphtérie. Cette doctrine n'est d'ailleurs pas complètement nouvelle, et pour ne citer que quelques-uns des observateurs qui s'étaient occupés de la question, je vous rappellerai que, en 1861, M. Laboulbène avait cherché un organisme vivant dans la fausse membrane, que depuis, MM. Letzerich, Talamon, Quinquaud avaient signalé des microbes auxquels ils croyaient pouvoir rapporter l'origine de la maladie. Néanmoins, c'est M. Klebs qui, le premier, en 1883, signala l'existence d'un bacille spécial existant dans la fausse membrane et à la surface des muqueuses malades. L'année suivante, M. Lœffler décrivait ce bacille avec plus de précision : il avait réussi à l'isoler et à le cultiver, et ayant inoculé cette culture à des animaux, il avait pu provoquer chez eux une maladie ressemblant à la diphtérie; cependant, avec une parfaite bonne foi, il ajoutait qu'il ne se croyait pas autorisé à affirmer la nature spécifique de ce bacille : il avait, en effet, trouvé un bacille semblable dans la bouche d'un enfant sain, et au contraire n'avait pu en constater l'existence dans certains cas typiques de diphtérie; enfin, à aucune époque il n'avait observé de paralysie chez les animaux inoculés.

On pouvait donc répéter ici ce que disait M. Cadet de Gassicourt après les expériences de M. Talamon: « Je vois bien le microbe, je vois bien la mort, mais je ne vois pas l'intermédiaire, c'est-à-dire la maladie. » Vous savez, Messieurs, que ces recherches reprises dernièrement par MM. Roux et Yersin (1) ont abouti à la confirmation des résultats énoncés par Klebs et par Lœffler; ces auteurs ont établi d'une façon positive la spécificité du bacille, c'est-à-dire qu'ils l'ont trouvé constamment dans les fausses membranes, qu'ils ont reproduit facilement la fausse membrane sur les muqueuses des oiseaux et, qu'enfin, ils ont obtenu ce phénomène que n'avait pu voir Lœffler, la paralysie.

Je n'ai pas l'intention d'étudier avec vous l'histoire naturelle de ce bacille ; vous en trouverez la description dans le travail de MM. Roux et Yersin, et je dois me borner à vous indiquer sommairement ses caractères principaux. Il se développe rapidement dans certains milieux, ce qui permet de l'isoler assez facilement, et de le cultiver. Dans la fausse membrane, on le trouve dans les couches superficielles, mais il est en ce point mélangé à d'autres microbes non caractéristiques ; plus profondément, le bacille existe à l'état de pureté, mais une couche de fibrine sépare toujours cette couche bacillaire du chorion muqueux. Chez les animaux en expérience, le bacille ne s'est jamais retrouvé que dans la fausse membrane, mais les viscères et le sang n'en contenaient pas ; dans un seul cas, on l'a constaté dans le foie d'un lapin. Quant à la question de savoir si le bacille est plus ou moins virulent lorsqu'il provient d'une diphtérie infectieuse ou d'une diphtérie bénigne, elle n'a pas été résolue par MM. Roux et Yersin ; ils ont seulement noté qu'une culture résultant d'un cas humain, d'allure bénigne, leur a donné des accidents très graves chez le lapin. Il est fâcheux que nous n'ayons pas de renseignements plus précis sur ce sujet, car il présente au point de vue clinique une grande importance.

En tout cas, Messieurs, nous savons maintenant d'une façon positive que la diphtérie est bien une *maladie à microbes*, et que les micro-organismes qui la caractérisent *se trouvent exclusivement dans les fausses membranes ;* en outre, MM. Roux et Yersin, dans leurs expériences sur les animaux, ont constaté que le bacille ne se développe pas sur une muqueuse saine, et que si l'on veut obtenir une fausse membrane, il faut irriter la muqueuse, et mieux encore l'excorier ou la dépouiller de son épithélium : ce sont là des faits très importants.

Les mêmes observateurs ont étudié également la vitalité du Bacille de Klebs; ils ont pu garder pendant six mois une culture sur bouillon dans un tube fermé à la lampe; ensemencée à nouveau, elle a donné de belles colonies et s'est montrée très virulente sur le cobaye et le lapin.

(1) *Annuaire Statistique de la ville de Paris*, année 1887, p. 137 et suivantes.

(1) Roux et Yersin. *Contribution à l'étude de la diphtérie.* — *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 décembre 1888.

Une culture sur sérum, conservée 5 mois dans un tube bouché à l'ouate, c'est-à-dire au contact de l'air, mais à l'abri de la lumière, avait une virulence faible ; l'ensemencement sur un nouveau milieu lui rendit toute son activité.

La persistance de la virulence est donc démontrée par les expériences de laboratoire, et il est même probable qu'elle s'étend au delà des limites indiquées ; mais il faut à cet égard attendre des observations plus prolongées que celles qu'ont pu faire MM. Roux et Yersin.

La clinique fournit d'ailleurs des renseignements analogues, et je puis vous citer un certain nombre de faits dans lesquels le contage est resté actif pendant un temps beaucoup plus long.

En 1883, j'ai vu à Passy, avec le Dr Larcher, une jeune fille atteinte de diphtérie alors qu'il n'y en avait aucun cas dans le voisinage, et bien qu'elle se trouvât placée dans les meilleures conditions hygiéniques ; mais cette jeune fille avait, quelques jours avant de tomber malade, remué des vêtements qui avaient appartenu à sa mère, morte de diphtérie *deux ans* auparavant, et ces vêtements étaient depuis cette époque restés renfermés dans un meuble qui n'avait pas été ouvert.

Bien que nous n'eussions pu retrouver aucune autre cause capable d'expliquer ce cas de diphtérie, j'avais conservé quelques doutes sur sa valeur, mais, depuis lors, d'autres faits du même genre ont été signalés.

M. Grancher, particulièrement, a fait connaître dernièrement dans une leçon clinique (1) des faits de MM. Darolles, Nocard et Worms, dans lesquels on pouvait faire remonter jusqu'à 2 ans et même 4 ans le moment de la contagion. Le cas de M. Worms est d'une précision remarquable : un homme, souffrant de la gorge, contracta la maladie en se badigeonnant le pharynx avec un vieux pinceau conservé dans du papier ; ce pinceau avait servi *quatre ans* avant à badigeonner la gorge d'un enfant atteint de diphtérie et qui avait succombé.

M. le Dr Grellet, d'El Biar (près Alger), a publié (2) des faits dont l'origine remonte à des cas ou des épidémies datant de 1 à 5 ans. Le même observateur a bien voulu me communiquer un autre fait très remarquable, observé au mois d'avril dernier. Un nourisson âgé de 5 mois était atteint de coqueluche et bronchite et on lui avait appliqué un vésicatoire ; au bout de quelques jours, la plaie se recouvrit de fausses membranes et l'enfant succomba avec tous les signes d'une infection diphtéritique rapide, sans qu'il y en eût d'autres cas dans la contrée. « Or, dit M. Grellet, le père et la mère de l'enfant m'apprirent que, *sept ans* auparavant, un de leurs parents avait perdu 3 enfants, enlevés par le croup, dans le logement qu'ils occupent actuellement ; depuis lors, ce logement n'avait subi aucune réparation importante ».

Enfin, je dois à l'un de mes anciens internes, aujourd'hui médecin sanitaire à Suez, le Dr H. Legrand, connaissance d'un fait encore plus curieux. Dans un village de Normandie, d'ailleurs très sain, un garçon de 14 ans fut atteint de diphtérie et quelques jours après une dizaine de cas se montrèrent dans différents hameaux du même village. En recherchant la cause de cette épidémie, M. Legrand remarqua que les maisons dans lesquelles s'étaient successivement développés les cas de maladie étaient situées au bord des deux chemins qui mettent les hameaux en communication, mais il fut quelque temps avant de pouvoir expliquer la production du premier cas observé ; car il n'y avait alors de diphtérie ni dans le pays même, ni aux environs, et l'on avait seulement gardé le souvenir d'une épidémie remontant à *vingt-trois ans* et dans laquelle avaient succombé un certain nombre d'enfants. Quelques jours avant le début de l'épidémie nouvelle, le fossoyeur avait remué le sol, dans la partie du cimetière où ces enfants avaient été enterrés les uns à côté des autres, et avait relevé et trié les ossements qui s'y trouvaient ; or, il avait été dans cette besogne aidé par son fils, lequel se trouva précisément être le premier atteint de diphtérie au bout de quelques jours.

Quelque étrange que puisse paraître le fait, il semble bien difficile, Messieurs, de n'en pas tenir compte, et en somme il n'est guère que l'exagération de faits du même genre rapportés par Trousseau dans une leçon sur *la contagion*, que je vous ai déjà signalée dans une précédente conférence. Rappelez-vous ce qu'il dit du *sommeil des germes morbifiques* « qui peuvent rester silencieux..., se cacher pendant des jours, des mois, des années, attendant, pour manifester leur présence, les conditions favorables à leur évolution. »

On comprend ainsi comment les épidémies peuvent présenter des oscillations, comment elles se développent souvent par *foyers* successifs, séparés par des intervalles plus ou moins considérables.

« Au mois de novembre 1824, dit Bretonneau (1), trois enfants de la commune de La Ferrière mouraient du croup ; pendant trois mois, il ne se présenta pas d'autre exemple de cette maladie, mais alors cinq autres individus furent atteints ; quatre mois s'écoulèrent, et six personnes furent encore enlevées en peu de jours par le mal de gorge épidémique. Depuis cette époque, jusqu'au mois d'octobre 1825, la maladie cessa de se montrer, et les habitants de La Ferrière commençaient à espérer qu'ils allaient être délivrés de ce fléau, quand un enfant de 13 ans, une jeune fille de 18 et une femme de 30 furent encore atteints, et périrent ».

Ce n'est pas là malheureusement un exemple isolé, et nombreux sont les cas dans lesquels le microbe de la diphtérie, inerte en apparence, mais encore vivace, trouve les conditions favorables à son développement et reprend une vitalité nouvelle ; mais c'en est assez, Messieurs, sur ce point et j'ai hâte d'arriver à l'étude des conditions dans lesquelles se fait la transmission de la diphtérie.

La transmission directe par la fausse membrane elle-même s'observe fréquemment ; c'est le mécanisme ordinaire de la contagion chez les médecins. Herpin, de Tours, examinant un enfant, reçoit une fausse membrane dans la narine gauche ; le jour même il éprouve de l'enchifrènement du même côté, le lendemain il a de la diphtérie pharyngée. Valleix reçoit dans la bouche un peu de salive de diphtéritique, le lendemain une amygdale était prise, et la mort survenait en 48 heures. De même encore, Gendrin se contagionna pendant une trachéotomie en recevant sur la lèvre une fausse membrane.

(1) Grancher. *Isolement et antisepsie* à l'Hôpital des Enfants-Malades. *Bulletin Médical*, 20 février 1889, p. 230.

(2) Grellet. *Faits relatifs à la longévité du Bacille de Klebs. Bulletin Médical*, 6 mars 1889, p. 293.

(1) Bretonneau.— Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphtérite ou inflammation pelliculaire connue sous le nom de croup. — Paris 1826.

*

Fort heureusement d'ailleurs, la contagion n'a pas fatalement lieu en pareil cas, et c'est grâce à cette circonstance qu'ont échoué les expériences de Trousseau, de Peter, de Duchamp : vous savez que ces courageux observateurs ont cherché à se donner la diphtérie, en déposant des fausses-membranes sur la conjonctive, sur la muqueuse de la bouche ou les amygdales; ils n'ont pas réussi et nous devons nous en réjouir, mais la transmission directe de la diphtérie est prouvée par des faits trop positifs pour qu'elle puisse être contestée.

Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, que la fausse membrane elle-même soit déposée sur le sujet sain; celui-ci peut être infecté par un contact plus ou moins intime avec le malade. Le fait est bien connu, et dernièrement encore il a été démontré d'une façon péremptoire par le Dr Bard (de Lyon), qui a étudié avec beaucoup de sagacité une épidémie survenue à Oullins (1). Le premier cas était probablement d'importation étrangère, l'enfant atteint étant fils d'un restaurateur, et la contagion ayant pu être apportée par des gens venus de Lyon à l'occasion d'un marché tenu le dimanche précédent; mais, et ceci a une grande importance, sur les 28 cas qui constituèrent l'épidémie, 26 fois M. Bard put démontrer la réalité de la contagion et rétablir la filiation : 26 fois il put retrouver le sujet contagionnant et reconnaître que, dans le plus grand nombre des cas, la contagion s'était effectuée au début de la maladie, alors que l'enfant fréquentait encore l'école, ou bien pendant la convalescence, ou en d'autres termes, au moment où les fausses membranes n'existaient pas encore ou avaient disparu. Il remarqua également que ce n'était pas pendant la classe que s'était surtout effectuée la contagion, mais plus spécialement pendant la récréation, à la sortie de l'école, et dans le trajet que faisaient les enfants pour rentrer dans leurs familles.

M. Bard admet que les convalescents sont surtout dangereux (puisque 18 fois la contagion s'est faite à cette période, dans un cas au 34e jour, dans un autre même au 40e jour); mais, par contre, il pense que, séparé de l'organisme, le microbe de la diphtérie est peu résistant.

Je crois vous avoir démontré le contraire. En voici encore une preuve; dans cet hospice, les enfants qui sont atteints de diphtérie ont été bien rarement en contact avec un malade, ils sont au lit, dans des salles où n'existe aucun cas de diphtérie, c'est donc par une autre voie qu'ils contractent la maladie. Et, en effet, outre l'action directe des fausses membranes, outre le contact du malade, il y a encore le *transport par les objets*.

Les vêtements sont un moyen de conservation et de transport non douteux. En 1884, à l'hôpital Saint-Antoine, une malade de mon service, convalescente de fièvre typhoïde, fut prise de diphtérie; une enquête m'apprit que sa sœur, infirmière au pavillon de diphtérie de l'hôpital Trousseau, était venue la voir et lui avait laissé son châle; c'était là, à n'en pas douter, la cause de la contagion.

De même ordre est le cas rapporté par Salter (2) : dans une famille composée de 9 personnes habitant une ferme isolée, 5 personnes furent atteintes successivement de diphtérie; or, cinq jours avant l'éclosion du premier cas (3 jours avant les manifestations prodromiques) une blanchisseuse avait apporté du linge; elle avait précisément alors chez elle deux enfants malades, l'un de bronchite diphtéritique, l'autre d'angine.

(1) Bard. De la propagation et de la prophylaxie des épidémies de diphtérie. Relation de l'épidémie d'Oullins. *Lyon Médical*, 1889.
(2) Salter. The incubation and transmission of diphteria.—*British med. Journ.*, déc. 1883.

Les instruments transportent aussi la diphtérie : je vous rappelle les faits de Guersant, opérant successivement trois phimosis et voyant se développer 3 fois la diphtérie sur la plaie du prépuce.

On peut en dire autant des voitures qu'on ne pense pas assez souvent à incriminer. Le fait signalé par Parrot et que je vous rapportais dans une précédente leçon doit se reproduire souvent.

Les poussières contenues dans l'air peuvent expliquer certains cas de contagion ; il est logique, en effet, d'admettre qu'elles peuvent contenir des débris de fausses membranes desséchées ou simplement des microbes. Klebs (1), constatant qu'à Zurich les cas de diphtérie débutaient en plus grand nombre le mercredi et le samedi, remarqua que la veille, mardi et vendredi de chaque semaine, on balayait à fond la ville et que c'est surtout sur le passage des tombereaux de transport des balayures que se développaient les cas de maladie.

Vous concevez facilement que si les objets, les vêtements et les poussières peuvent être le substratum de contage, les personnes qui ont approché et touché un diphtéritique doivent l'être à plus forte raison. Les cas probants ne sont pourtant pas nombreux, M. Bard en trouve un dans l'épidémie d'Oullins : un homme dont l'enfant était malade s'arrête, en allant chez le médecin, dans un débit de vin; le lendemain, l'enfant du marchand de vin était pris, et c'est la seule voie de contagion qu'on ait pu trouver. Le Dr de Crésantignes (2) en a publié également un exemple personnel et a rassemblé plusieurs faits analogues. (*A suivre*).

(1) Cité dans l'ouvrage de Teissier. Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon, p. LIV.
(2) Thèse de Paris, 1885 et Société de Médecine pratique, juillet 1888.

Manifestation des étudiants en pharmacie (*Question de boutique*). — A la suite d'une annonce parue dans les journaux et d'une brochure publiée par M. X..., deux ou trois cents étudiants en pharmacie sont allés manifester hier soir à la devanture de X..., pharmacien. La cause de cette agitation était l'insertion dans la brochure des lignes suivantes : « Le sulfate de quinine est vendu 2 fr. le gramme par les pharmaciens qui se respectent beaucoup ; 15 centimes à 1 fr. 50 par ceux qui se respectent un peu moins, et 30 centimes par moi qui, d'après mes confrères, ne me respecterais pas du tout. Ce produit nous coûte à tous (j'ose le dire), à peine 10 centimes le gramme. » La bande d'étudiants est arrivée à cinq heures et demie aux cris de : « Sulfate de quinine ! Sulfate de quinine ! X... conspué ! X... conspué ! » Puis elle a lacéré des tableaux apposés à la vitrine de la pharmacie et lancé une bouteille d'encre ainsi que des projectiles contre les glaces. Le tapage a duré pendant une heure environ, jusqu'au moment où les quelques agents, impuissants à maîtriser cette foule, ont été renforcés par une escouade de gardiens venus du poste. Les manifestants ont alors pris la fuite, après quelques horions échangés, mais aucune arrestation n'a été opérée.

Récompenses. — Par arrêté ministériel, en date du 9 avril 1890; les médailles d'argent et de bronze ont été décernées aux personnes ci-après indiquées : Somme. Médaille d'argent : Mme Danel (Rosalie), infirmière laïque attachée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens depuis 1847 ; a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement exceptionnels, en prodiguant ses soins aux malades, sans interruption, au cours des diverses épidémies qui se sont succédées à Amiens de 1848 à 1889. — Algérie : Médaille de bronze : El Hadj-Youcef ben el Hadj Ahmed ben Latief, médecin et vaccinateur indigène à Djidjelli depuis 30 ans; s'est signalé à plusieurs reprises, par son dévouement au milieu des épidémies de variole qui atteignent la population musulmane de la région. — Tunisie : Médaille d'argent : M. Sagrandi, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation, attaché à la place de Bizerte ; s'est distingué par un zèle et un dévouement exceptionnels, en prodiguant ses soins à la population de cette ville, au cours de diverses épidémies, notamment de la diphthérie, qui ont sévi récemment.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Autonomie des Universités.

Nous allons dans quelques jours fêter le sixième Centenaire de l'Université de Montpellier. C'est un événement pour nous, médecins, qui n'avons pas été réellement admis, l'année dernière, à assister aux diverses cérémonies de l'inauguration de la nouvelle Sorbonne. Montpellier, cette fois, va nous venger et donner l'exemple à Paris. Cette bonne Université, la vieille patrie scientifique de Rabelais, entend héberger en effet les Etudiants de toutes les Facultés et appeler à elle, en ces jours de liesse, tous ses petits enfants. Ne souriez pas ; ces faits de minime importance, contés en ces phrases frivoles, cachent un événement qui marquera dans l'histoire de l'enseignement supérieur français. Nous revenons, on le sait, aux corporations scolaires, moyen-âgeuses. Nous en avons désormais les bannières, les insignes,... les déguisements; nous en aurons bientôt, avec un palais somptueux, les privilèges. M. Liard et ses collègues enrégimentent les enfants de troupe scolaires, et tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes universitaires ! Les Universités provinciales se réorganisent; les Etudiants se rassemblent et l'on parle partout des Universités de Lyon, de Bordeaux, de Montpellier ; dans le Midi de l'Est, le vrai Midi, on ajoute déjà, par anticipation, l'Université de Marseille !

Paris, comme nous le laissions pressentir au début, est, quoi qu'en dise, quoi qu'en pense l'Association des Etudiants, si vivace et si pleine de bonnes intentions, plus réfractaire à la fusion. Il y viendra, mais lentement. L'esprit qui règne, par exemple, rue de l'Ecole-de-Médecine, est plus « fin de siècle », on n'en peut douter, que celui qui essaie de briller d'un aussi vif éclat sur les marches de la nouvelle Sorbonne. Si les bâtiments vont vite près du Collège de France; s'ils ont la goutte, sur la place de l'Ecole-de-Médecine, ceux qui les fréquentent n'ont pas les mêmes allures. De même pour d'autres écoles: d'où des rapprochements difficiles. Ces rapprochements semblent très intimes et, à première vue, suffisants ; mais, en réalité, à l'heure actuelle, ils ne sont que factices. C'est que la grande famille des étudiants parisiens est par trop morcelée et se connaît mal; c'est que certaines Ecoles, qu'il est inutile de nommer ici, se tiennent, à dessein, par trop à l'écart. Sur le programme, leur nom figure peut-être ; mais, entichées de leur antique renommée, dans la coulisse, elles tiennent à conserver les distances ! Et, malgré les augures du ministère, l'Université de Paris n'a pas encore une base assez solide pour pouvoir voler de ses propres ailes. Il en est tout différemment pour les Universités régionales. Celle de Lyon, entre autres, est réellement vivante ; l'existence de celle de Montpellier sera définitivement consacrée, nous n'en doutons pas, après les fêtes du mois prochain.

Le moment est donc venu de les *doter*, ces Universités, en herbe à Paris, malgré le décret qui créa le Conseil général des Facultés ; en fleur à Montpellier, grâce à l'approche de son sixième anniversaire; en fruit à Lyon, de par les prodigalités des *Amis de l'Université lyonnaise*. Il faut les doter ; et, certes, c'est ce que cette fin de siècle pourrait faire de mieux. Nous voulons bien nous soumettre..... au port de beaux habits, nous ceindre du baudrier tricolore, nous enrôler sous une bannière offerte par le Président de la République, crier en chœur : Vivat Universitas ! Mais encore faut-il que l'*Universitas* nous rende en secours, en services réels ce que nous allons perdre en liberté et en indépendance ! Nous n'allons pas, on le voit, jusqu'aux privilèges ; on comprendra, pensons-nous, la nuance.

Que faut-il pour cela ? Donner aux Facultés une autonomie qu'elles n'ont pas, en faire une personnalité, dont la situation soit comparable à une Académie, aux Universités étrangères. Il faut qu'elles puissent disposer à leur gré de leur budget tout entier, dépenser à pleines mains quand elles le croient utile. Il faut qu'elles n'aient qu'à encaisser, sans avoir à rendre compte à personne de ce qui se passe chez elles. Que l'Etat leur alloue une subvention d'importance variable ; et, avec les dons qu'elles recevront bientôt des particuliers, elles devront alors se suffire à elles-mêmes.

En effet, quand il en sera ainsi, tel particulier n'hésitera plus à fonder une chaire à une Faculté quelconque, comme il fonde un prix à l'Institut de France ; à créer un laboratoire là où il lui plaira, comme il a organisé à Nice un observatoire particulier ; à établir des bourses ou à distribuer des récompenses.

Dans ces conditions, un jour viendra certainement où les donations seront telles que nos Facultés, comme beaucoup de celles d'Allemagne, seront assez riches pour se passer de l'allocation de l'Etat. Nous aurons dès lors profité de la réforme, gagné quelque chose, puisque nous pourrons multiplier à volonté nos chaires et nos laboratoires, suivant l'état de nos ressources. On ne nous aura pas ramené en vain.... aux corporations de jadis. Mais, à cette condition seule, nous acceptons, sans crier gare, l'enrôlement sous la bannière de l'Université.

Marc. B.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (*Hôpital St-Louis*). — M. le Pr Fournier.

Vendredi dernier, M. le Pr Fournier a repris, à l'Hôpital Saint-Louis, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques, au milieu des nombreux auditeurs que sa parole élégante et facile, le choix de ses expressions imagées, la clarté et la méthode de son exposition, non moins que le puissant intérêt de son enseignement attirent chaque année aux cours du sympathique professeur. Ce ne sont pas seulement les questions scientifiques qu'il aborde devant nous, non plus que les cas plus ou moins intéressants de la pathologie qu'il se contente de faire défiler sous nos yeux, en nous en racontant l'odyssée parfois si navrante; ce sont aussi des problèmes sociaux, c'est l'intérêt de la famille, l'intérêt même de la race mis en péril que M. Fournier nous fait toucher du doigt. Il n'est guère de jour où le médecin ne se trouve aux prises avec ces questions si ardues : syphilis et mariage, hérédité syphilitique, syphilis des nouveau-nés, etc., etc., questions auxquelles M. Fournier a consacré dans ces dernières années de nombreuses leçons. Il ouvre cette fois son cours du semestre d'été par l'étude d'une question peut-être moins nouvelle, mais d'un haut intérêt pratique cependant : les manifestations syphilitiques de la langue. Ces lésions, dit

M. Fournier, sont une cause fréquente de la transmission de la syphilis dans les ménages : elles sont souvent minimes, peu apparentes et passent facilement inaperçues. Ces lésions minuscules, qu'un œil exercé peut même laisser échapper, n'en transmettent pas moins, dans nombre de cas, la maladie. Après avoir passé en revue l'accident primitif, le chancre de la langue, accident somme toute assez rare, M. Fournier étudie les syphilides secondaires de la langue, les plaques muqueuses dans leurs différents types et les syphilides sèches auxquelles on a donné le nom de plaques lisses de la langue, de glossite dépapillante ou tonsurante. Cette variété est moins connue que les plaques muqueuses proprement dites; aussi, M. Fournier y a-t-il à juste titre insisté. Un point très intéressant de cette leçon a été l'étude de cette affection de la bouche non décrite dans les auteurs et que M. Fournier lui-même considérait autrefois comme la manifestation d'un retour agressif de la syphilis. Il s'agit d'une sorte d'herpès auquel M. Fournier donne le nom d'herpès récidivant buccal et qu'il compare à l'herpès récidivant génital de M. Doyon. Ce sont d'anciens syphilitiques, bien guéris et qui sont atteints d'érosions buccales qu'on prendrait pour des syphilides. Or il n'en est rien : ce sont des lésions non spécifiques produites par des irritations antérieures de la bouche. M. Fournier continuera ses leçons par l'étude des lésions tertiaires de la langue. On ne saurait trop recommander aux étudiants de suivre ce cours : à une leçon de M. Fournier, en pratique ou en théorie, il y a toujours à apprendre.

Ecole d'Anthropologie. — Cours d'Embryologie : M. le Pr Mathias Duval.

M. le Pr Mathias DUVAL a repris lundi dernier 28 avril, à l'Ecole d'Anthropologie, son cours d'Embryologie, un moment interrompu. Il le continuera les mercredi et lundi suivants, à la même heure, c'est-à-dire à 5 heures. Nous répétons à dessein que les deux jours de cours sont le lundi et le mercredi, car, par erreur, les affiches portent vendredi au lieu de mercredi. M. Duval a dû, en effet, pour des raisons d'ordre intérieur, choisir le mercredi.

Dans cette première leçon, le professeur a commencé l'*étude des monstres doubles*, qu'il ne fera que résumer cette année. Nous n'y insistons pas davantage, ayant déjà eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs de ces leçons, si attrayantes et si claires, sur une des parties les plus compliquées de la tératologie.

L'HYPNOTISME DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — M. Després, dans une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, a posé une question à l'administration relativement à des expériences d'hypnotisme faites sur les malades d'un service de médecine de l'Hôtel-Dieu, devant un public non médical (service de M. le Dr Dumontpallier : Leçon de M. le Pr Bernheim (de Nancy), devant A. Dumas, etc.). Il a demandé quelles mesures l'administration prendra pour empêcher les journaux d'entretenir le public d'expériences médicales faites sur des malades. Il estime qu'il est sans exemple de voir, dans les hôpitaux, faire des expériences de somnambulisme auxquelles on convie des hommes politiques, des journalistes et des comédiens. M. le directeur de l'Assistance publique a répondu qu'il laisse de coté la question concernant la presse, laquelle échappe complètement à son action. En ce qui touche le bon ordre et la discipline des établissements placés sous sa direction, l'administration ne laissera pénétrer dans ces établissements que des notabilités scientifiques. Quant à restreindre au seul personnel médical certains enseignements professés dans les hôpitaux en vue du développement de la science et du soulagement des malades, telle n'est pas la doctrine de l'administration. Nous sommes tout à fait de son avis. La vérité, en science, est toujours bonne à dire et à faire connaître à tous. — Il y a une autre question plus grave qui aurait pu être posée à M. le Directeur de l'Assistance publique, à savoir : Quelles sont les raisons qui lui font conserver, à la Charité, un chirurgien dont les *pansements sales*, voulus, causent chaque année des morts qui auraient pu être évitées ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. BOUCHARD expose que dans leur note sur la *nutrition dans l'hystérie* présentée par M. Charcot, MM. Gilles de Tourette et Cathelineau ont attribué à son élève, M. Empereur, une opinion trop exclusive. M. Bouchard d'abord, M. Empereur ensuite ont montré que *certains* hystériques, ceux qui vomissaient, pouvaient ne pas manger et ne pas maigrir par suite du ralentissement de la nutrition qui existe chez eux, mais ces faits se rapportent au cas particulier des vomissements et non à l'*hystérie général.* De plus, M. Empereur a montré dans deux cas que la nutrition pouvait être normale, ce que les travaux de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont corroboré (1).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. FÉRÉ. — L'*urine des épileptiques* ne posséderait aucune toxicité particulière, d'après les travaux récemment communiqués à la Société par MM. Deny et Chouppe, et mes expériences personnelles poursuivies depuis plusieurs mois m'avaient tout d'abord conduit à la même conclusion. Mais l'observation d'un malade étroitement surveillé m'a conduit à modifier ma manière de voir. L'urine expérimentée était prise avant et après l'accès : les accès étaient nocturnes et ne s'accompagnaient pas d'incontinence. Dans ces conditions, l'urine préparoxystique était une urine de jour, celle qu'on recueillait après l'accès une urine de nuit. Or, la première s'est montrée beaucoup plus convulsivante et plus toxique que la seconde. Les lapins sur lesquels on fait l'expérience peuvent survivre, mais les femelles restent inféconds, une sur quatre a pu être fécondée et elle n'a donné qu'un petit mort-né. Sur deux autres lapins on a constaté, au bout de quinze jours environ, une paraplégie avec troubles trophiques de la peau du dos, chute des poils, formation de croûtes et d'ulcérations bourgeonnantes étendues. Cette paralysie est à rapprocher de celle qu'a décrite M. Charrin dans la maladie pyocyanique.

M. DUMONTPALLIER demande si l'on a constaté l'infécondité chez les femmes épileptiques.

M. FÉRÉ. — Le phénomène n'a pas été étudié, que je sache ; mais les enfants des épileptiques naissent souvent mort-nés.

M. GLEY. — On observe parfois chez les lapins, à la suite d'injection intraveineuse d'urine dans la veine de l'oreille, la chute complète du pavillon, et cela des deux côtés. Il s'agit d'un trouble trophique comparable à celui que nous montre M. Féré.

M. CHARRIN. — Il existe dans les diverses intoxications une série de symptômes communs, ce qui n'exclut pas les différences. La paraplégie résultant de l'injection des pro-

---

(1) La note, forcément restreinte que M. le Pr Charcot a bien voulu présenter à l'*Acad. des Sc.*, ne nous a pas permis d'établir des distinctions que l'on trouvera exposées dans notre mémoire. La confusion que nous avons faite dans le communiqué cesse complètement dans notre travail, puisque (p. 12) nous disons nettement, citant M. Empereur, « que certains hystériques conservent l'intégrité de leurs fonctions nutritives. ». L'opinion de M. Empereur, *généralisée* dans notre note, doit donc en effet s'appliquer au seul cas *particulier* des vomissements hystériques pour lesquels nous partageons les opinions émises par M. Empereur, après les recherches de son maître. Les présentes considérations s'appliquent également aux *C. R. de la Société de Biologie.* Nous sommes d'autant plus heureux de faire cette rectification et de rendre à M. Empereur la justice qui lui est due pour son excellent travail qu'elle nous donne l'occasion de remercier publiquement M. le Pr Bouchard des conseils et des encouragements qu'il nous a donnés au début de nos recherches. (G. T. et H. C.).

duits solubles d'une culture de bacille pyocyanique est fort semblable à celle de M. Féré, mais les troubles trophiques sont insignifiants.

M. Charrin. — *Action sur les microbes de l'organisme vacciné.* — J'ai montré dans mes précédentes recherches qu'une différence importante sépare l'évolution du microbe pyocyanique dans l'organisme des animaux vaccinés, de l'observation du même microbe dans l'organisme des animaux non-vaccinés. Dès la quatrième heure, les bacilles libres sont moins nombreux au point de l'inoculation sous-cutanée chez les lapins réfractaires ; au bout de 26 heures ils ont presque disparu. Le sang et les organes des non-vaccinés donnent des cultures beaucoup plus riches et plus constantes, le liquide urinaire renferme toujours le bacille. Il s'agit donc d'une destruction réelle des microbes introduits dans le corps de l'animal réfractaire ; la plus grande partie des bacilles est détruite au niveau du point inoculé, siège d'une phagocytose intense. Les liquides et humeurs prises sur les lapins vaccinés fournissent très peu de pyocyanine, comme les cultures rendues à dessein impropres au développement du microbe ; ils donnent seulement une teinte verte. Mais le microbe est bien resté le même, car, à l'aide de cultures et de passages répétés, on peut lui rendre la propriété de produire à nouveau la pyocyanine. L'immunité influence donc le virus dans sa qualité et dans sa quantité. A partir du moment de l'inoculation ce virus se détruit chez l'animal vacciné, il s'accroît au contraire chez le non-vacciné. Les nouvelles recherches que nous avons poursuivies au laboratoire de M. Bouchard, nous montrent que les propriétés de sécrétion peuvent être altérées dans une certaine mesure ; or, on n'ignore pas quel rôle elles jouent dans le mécanisme de la maladie infectieuse. Donc, ces deux facteurs importants, quantité et qualité du virus, sont modifiés. Nos constatations nous portent à penser que les modifications de la quantité sont les plus considérables, les plus constantes et les plus radicales.

M. Dumontpallier dépose une note de M. Charpentier, de Nancy, *sur l'influence des efforts musculaires sur les sensations de poids.* L'appréciation d'un poids dépendrait surtout de l'état d'effort et de tension des muscles qui entrent en jeu, et de l'état de tonus musculaire de tout l'organisme.

M. Tourneux, professeur à Lille, envoie une note *sur le mécanisme suivant lequel s'opère la disjonction du rectum d'avec le bouchon cloacal et sur la formation de l'anus* chez l'embryon de mouton.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau exposent que *la nutrition dans l'hypnotisme* est à peu près semblable à ce qu'ils ont décrit dans l'hystérie (1).

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. le Président procède, sur la demande de l'auteur, à l'ouverture d'un pli cacheté, déposé l'an dernier par le Dr Bertrand (de Toulon), sur le *traitement des pustules varioliques de la face par le glycérolé à l'acide borique.* On se sert de glycérine dans laquelle on incorpore 2 0/0 d'acide borique, et qu'on applique au pinceau dès que l'éruption est effectuée. On s'en sert également pour le pharynx.

M. Lancereaux rend compte de deux mémoires sur la *filariose.* Dans le premier adressé par le Dr Maurel, médecin principal de la marine, on trouve deux observations très intéressantes, dans l'une desquelles la présence de filaires dans le sang fut découverte par hasard, ce qui tendrait à montrer que la filaire peut rester longtemps dans l'organisme sans déterminer de symptômes, le malade ayant été observé pendant plusieurs mois. — Dans le second mémoire adressé par M. Magalhaes (de Rio-Janeiro), il s'agit d'un homme atteint d'hydrocèle chyliforme qui succomba à la suite de l'incision de la tumeur, malgré toutes les précautions antiseptiques (1), ce qui prouve la gravité des opérations chez les malades atteints de filariose.

M. Le Dentu présente un *kysto-fibrôme végétant du ligament tubo-ovarien*, enlevé il y a quelques jours chez une jeune femme de son service, âgée de 23 ans. Avant l'opération, on pensait à un fibrôme de l'ovaire ou à un tératome constitué par des éléments solides. L'examen histologique fait par M. Letulle a démontré qu'il s'agit d'un kysto-fibrôme végétant, contenant beaucoup de tissu fibreux et peu de kystes. La surface était recouverte d'un épithélium pavimenteux ayant également tendance à végéter. Ce genre de tumeur est excessivement rare. Un cas semblable en a été seulement publié l'an dernier, en Angleterre.

M. Polaillon présente un fœtus d'environ deux mois et demi extrait de la cavité abdominale par laparotomie chez une femme atteinte d'une rupture de la trompe au cours d'une *grossesse tubaire.* Après extraction du fœtus, des caillots et du placenta, on enleva la trompe et l'ovaire droit, en laissant le pédicule dans le ventre. La guérison a été promptement obtenue.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) fait une communication sur l'*entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale.* Lorsqu'il est impossible de réduire les intestins une fois l'obstacle levé, comme cela arrive quelquefois dans les laparotomies pour occlusion intestinale, au lieu de pratiquer un anus contre nature, l'auteur recommande la pratique de Madelung, consistant à faire sur l'intestin une ouverture temporaire qu'on suture ensuite dès que l'intestin est évacué. Dans un cas opéré il y a trois ans cette pratique réussit parfaitement (2).

M. Forné, médecin principal de la marine, fait une communication sur la *contagiosité de la lèpre.* Après être restée cantonnée chez les indigènes à la Nouvelle-Calédonie, la lèpre s'est étendue ensuite aux blancs. L'auteur, pour expliquer cette extension, rapporte l'histoire du premier blanc lépreux qui fut atteint après avoir été travailler au milieu d'un village où existaient beaucoup d'indigènes lépreux. On ne peut invoquer chez lui que la contagion, et aucune influence prédisposante, tare héréditaire ou séjour antérieur dans un pays où la lèpre est endémique, ce malade ayant été transporté directement de France à Nouméa.

M. Perier rapporte deux observations, l'une *de taille stomacale pour l'extraction d'une cuiller à café logée dans l'estomac depuis 18 jours*, et l'autre d'*œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette.* Les deux malades guérirent complètement et rapidement.

M. Heckel (de Marseille) soutient de nouveau, à l'encontre de M. G. Sée, qu'à côté de la caféine et de la théobromine, il existe dans *la noix de Kola* une autre substance active contenue dans le rouge de Kola.

M. G. Sée répond que, pour pouvoir l'affirmer, il faut des expériences que M. Heckel n'a pas faites et que, jusqu'à preuve contraire, c'est à la caféine qu'il faut attribuer l'action du Kola.

M. Gariel donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Gréhant, intitulé : *Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage.*

Après lecture en comité secret du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger, la liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : *En 1re ligne*, M. Van den Corput (Bruxelles) ; *en 2e ligne*, M. Moncorvo (de Rio-Janeiro) ; *en 3e ligne*, M. Crocq (de Bruxelles) ; *en 4e ligne*, M. Kalindero (de Buckarest). P. S.

(1) Nous avons publié, *in extenso*, cette communication dans notre dernier numéro.

(1) Il y a précautions et précautions ; ne pas confondre, et ne pas généraliser surtout. (*N. d. l. R.*).

(2) Cette opération a été exécutée en France, il y a quelques années déjà, par M. F. Terrier, comme l'a rappelé d'ailleurs M. Bœckel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 Avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. BROCQ présente un malade atteint d'un *large épithélioma ulcéré de la face rapidement cicatrisé par la poudre d'Aristol* et des considérations sur l'*action cicatrisante de cette substance.* — Il s'agit d'un malade de 50 ans, atteint d'épithélioma superficiel de la joue gauche depuis 1878. La tumeur a peu à peu grandi et s'est ulcérée en 1884. Depuis lors, malgré quelques rémissions produites par des traitements divers, elle a gagné toute la partie supérieure et interne gauche de la face. Le 15 mars dernier l'ulcération formait un vaste fer à cheval intéressant la lèvre supérieure, le sillon nasogénien, la face latérale gauche du nez, toute la région de la paupière inférieure complètement détruite et la région de la pommette. Vingt jours d'application de poudre d'Aristol et deux raclages légers des bords de la néoplasie ont été suivis d'une cicatrisation pour ainsi dire complète et qui sera, d'après la marche qu'elle suit, parfaite dans quelques jours. L'orateur ne donne pas la poudre d'aristol comme un topique guérissant l'épithélioma superficiel. Il a seulement voulu mettre en lumière les propriétés cicatrisantes de cette substance qu'il a d'ailleurs constatées dans diverses affections. Eichoff en a obtenu de bons effets dans les ulcères de jambes, les ulcérations syphilitiques tertiaires, les ulcérations tuberculeuses de la peau. Son application sur les plaies n'est pas douloureuse, ce qui doit la faire préférer au chlorate de potasse dans le traitement de l'épithélioma superficiel si son efficacité se confirme. Elle est inodore et ne cause pas de phénomènes d'intoxication, ce qui lui donne une grande supériorité sur l'iodoforme et le sous-carbonate de fer. L'aristol est un biiodure du dithymol. Il s'obtient en versant de l'iodure de potassium dans une solution de thymol dans la soude caustique aqueuse. Employé en poudre ou en pommade dans le psoriasis et le lupus, il a donné de moins bons résultats qu'en Allemagne. Dans le lupus non ulcéré il reste sans effet.

M. DIEULAFOY présente un malade atteint d'*atrophie des éminences thénar et hypothénar, des intérosseux, des lombricaux, des muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule.* Cette paralysie a suivi une marche aiguë. Dans les derniers jours du mois de mars le malade s'aperçut de la présence d'une tumeur occupant la région cervicale droite et descendant jusqu'à l'omoplate. Cette tumeur molle, fluctuante, donne à la percussion un bruit de murmure hippocratique perceptible à distance. La pression au niveau de la 7e vertèbre cervicale est très douloureuse ; il n'y a ni anesthésie, ni paralysie dans le membre, siège de l'atrophie. Le malade sans antécédents héréditaires, non tuberculeux, a eu au mois de décembre une grippe légère. Au mois de janvier sont survenues des douleurs très vives dans le coude, le poignet et l'épaule, qui ont été amendées par le salicylate de soude. Ces douleurs ont duré jusqu'au 20 février. Il ne restait plus que des fourmillements. Le malade reprit son travail, mais bientôt survinrent des douleurs et de la raideur des doigts empêchant le malade d'écrire, et peu de temps après survenait l'atrophie. Quelle est la cause de cette atrophie à marche rapide ? Quelles sont ses relations avec la tumeur du cou ?

M. DUMONTPALLIER propose une ponction exploratrice de la tumeur du cou.

M. GÉRIN-ROZE voudrait qu'on préparât au moment de la ponction les éléments nécessaires à la large ouverture de la poche et au lavage antiseptique, étant donnée la possibilité d'une carie vertébrale.

M. CHAUFFARD propose, avant de recourir à la large incision, d'injecter dans la tumeur de la vaseline iodoformée, moyen employé couramment aujourd'hui pour les abcès d'origine osseuse.

M. DIEULAFOY remercie ses collègues de leurs avis, dit qu'il consultera à ce sujet ses collègues de chirurgie et qu'il tiendra la Société au courant de son intervention.

M. COMBY rapporte un fait établissant la *possibilité de l'infection palustre à Paris.* Un enfant de 14 mois, habitant près du canal Saint-Martin, jusque-là bien portant, mais pâle, amoindri, devient subitement, il y a environ six semaines, pâle et froid. Pas de perte de connaissance, mais l'algidité dura 3 heures et fut suivie d'une vive réaction terminée par un écoulement nasal abondant. L'accès avait duré environ 12 heures. Huit jours après, nouvel accès. Ceux-ci se répètent au même intervalle jusqu'à cinq fois. La santé générale est amoindrie pensant à l'impaludisme, l'orateur trouve la rate augmentée de volume, le foie normal. Traitement par le sulfate de quinine qui fit disparaître les accès. L'enfant, né à Paris, n'a jamais quitté le quartier qu'il habite. On le promène sur les bords du canal qui a été l'hiver dernier vidé et réduit pendant quelque temps à l'état de véritable marais. On peut donc établir un lien de causalité entre les émanations du canal et la maladie de l'enfant.

M. BALZER. — De tous temps le canal Saint-Martin a été un foyer d'impaludisme. La fièvre intermittente n'est pas rare chez les malades et chez les internes de l'hôpital Saint-Louis.

M. NETTER a eu lui-même la fièvre intermittente pendant qu'il était à Saint-Louis. Les accès s'observent de temps en temps chez les habitants du quartier.

M. BARTH a publié l'histoire d'un malade qui contracta un accès pernicieux en surveillant les travaux de curage du canal.

M. LAVERAN dit qu'il est aujourd'hui bien établi que la fièvre intermittente peut se développer à Paris. Le fait de M. Comby ne lui paraît cependant pas convaincant, à cause de la saison et de l'écart des accès. Il eût fallu constater la présence des parasites dans le sang.

M. DUMONTPALLIER demande si M. Laveran a déjà fait cette constatation chez les malades ayant contracté la fièvre à Paris.

M. LAVERAN répond négativement, mais le parasite a été trouvé dans le sang de malades ayant contracté la fièvre à Berlin.

M. DU CAZAL, à propos de la communication de M. Huchard, à la précédente séance, cite un cas d'*œdème aigu du poumon* survenu chez un artério-scléreux présentant un bruit de galop mais pas de néphrite. Ce malade avait eu autrefois des hémorrhagies rétiniennes se rattachant probablement à l'artério-sclérose.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

M. SCHWARTZ fait un rapport d'une observation adressée par M. MOURE ; il s'agit d'une *amygdalotomie suivie d'une hémorrhagie importante chez un enfant.*

M. CHAUVEL fait un rapport sur un malade présenté à la Société par M. DELORME : *Plaie du cou par balle de revolver; ostéite condensante des apophyses des vertèbres cervicales et des côtes supérieures.* — Il s'agit d'un homme de 48 ans, blessé en 1870. A la suite d'une plaie par balle de revolver ayant pénétré au niveau du 1/3 externe de la clavicule, il eut une pleurésie gauche et une vomique 11 mois après. Sept ans après : violentes douleurs dans le cou et le membre supérieur ; fistule broncho-cutanée. Etat mental laissant à désirer (tentatives de suicide). L'intervention (résection costale et destruction des parties hyperostosées) n'a pas amené un soulagement complet.

M. BŒCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la façon dont on doit faire aujourd'hui l'*entérorrhaphie, pour guérir un anus contre nature.* — L'observation qu'il rapporte a trait à une vieille femme de 78 ans, qui avait eu d'abord une hernie étranglée ; elle a très bien guéri.

Femme de 78 ans, ayant une hernie crurale gauche étranglée depuis 3 jours, atteinte de bronchite chronique. Kélotomie ; on trouva du pus dans le sac. Désinfection au sublimé. 14 centimètres d'intestin se trouvaient dans le sac. Fixation de l'intestin à la peau. Après 24 heures, l'intestin fut ouvert. Irrigations chaudes dans l'intestin. Guérison. Après un certain temps, M. Bœckel songea à guérir cet anus contre nature. Il appliqua d'abord l'entérotome de Dupuytren sur une longueur de 4 centimètres. Le cours des garde-robes se rétablit, mais l'anus ne se referma pas. Comme l'intestin faisait hernie sur une longueur de 14 à 18 centimètres, il tenta la cure de cet anus par les procédés modernes. Une incision elliptique de 11 centimètres de circonférence circonscrit l'anus à 3 centimètres des bords de l'intestin. Les deux bouts accolés furent

détachés sur une longueur de 5 centimètres. Après la libération on fit une suture circulaire par le procédé de Lembert, à l'aide de soie phéniquée fine, et l'anse intestinale fut réintégrée dans l'abdomen. Il compléta l'opération par la cure radicale de la hernie : décollement, ligature et résection du sac. Pas de drainage. Gaz dès le lendemain; apyrexie complète. Réunion par première intention. — Cette malade va très bien depuis son opération.

M. Kirmisson est d'avis que cette méthode (décollement, suture et réintégration des deux bouts de l'intestin) de traitement de l'anus contre nature est la meilleure. Une fois il a employé le procédé de Malgaigne et n'a réussi qu'incomplètement ; il persista une petite fistulette. Deux fois ce procédé a échoué complètement; et, sur ces deux derniers cas, il a eu une mort. Les anciens procédés, où l'on n'ouvre pas le ventre, sont donc à rejeter. Au contraire, dans un quatrième cas, où il y avait un prolapsus intestinal de 25 centimètres, il a ouvert le ventre et dissocié les deux bouts de l'intestin. Il a fait deux plans de sutures sur l'intestin : un sur la muqueuse et la musculeuse, l'autre sur la séreuse. La plaie abdominale a été fermée pardessus (suture à triple étage). Pas de drainage ; suites très simples. Gaz dès le soir.]

M. Bouilly fait une communication sur une *opération césarienne exécutée d'emblée pour enlever un fibrome intra-utérin.*

Femme de 42 ans ; pas d'accouchement. Volumineux fibrome de l'intérieur de la cavité utérine. Métrorrhagies depuis 6 ans ; depuis 3 ans, les métrorrhagies sont devenues considérables. Femme très anémiée. Etat de mort presque imminente. Le fibrome sortait à la vulve d'une façon très notable, puisqu'à chaque visite qu'il faisait le médecin de la malade en réséquait une petite portion. Douleurs très violentes. Le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic. L'hystéromètre disparaissait tout entier dans la cavité utérine et y évoluait avec facilité. De cet examen, M. Bouilly conclut que les rapports du fibrome avec l'utérus étaient peu étendus. Le morcellement vaginal aurait été très long et très difficile, et, chez une femme ainsi anémiée, il aurait pu être très grave. L'hystérectomie abdominale totale étant presque impossible, M. Bouilly résolut de faire l'*opération césarienne* et d'extraire le fibrome comme un fœtus.—Laparotomie médiane. Sortie du fibrome hors du ventre. A la base de la tumeur, on place un *gros fil de caoutchouc*. Section sur la paroi antérieure depuis le fond de l'utérus. Quelques jets de sang artériel se produisant, on serre modérément le fil de caoutchouc. Une fois l'utérus incisé, et un hystéromètre ayant au préalable été placé dans la cavité utérine, on a la masse fibromateuse sous les yeux. Elle est libre sur la plus grande partie de son étendue. Manœuvre de décortication très rapide ; la surface d'implantation était environ de la dimension de la paume de la main. Au niveau de ce point, le tissu utérin était très aminci (1/3 moins épais qu'ailleurs); et, certainement, si on avait procédé à l'aveugle en détruisant la base d'implantation du fibrome, on aurait pu déchirer l'utérus. La partie supérieure fut facile à énucléer; on la fit sortir de la cavité comme un enfant. On éprouva plus de difficulté pour la partie vaginale. Il fallut sectionner l'espèce d'isthme qui réunissait les deux portions utérine et vaginale du fibrome en forme de sablier, et qui correspondait à l'isthme utérin. Après la section, la portion vaginale put être extraite par les voies naturelles. Immédiatement le tissu utérin revint sur lui-même, ce qui réalisa l'hémostase et diminua de moitié l'étendue de l'incision. On fit ensuite la suture séparée et très soignée des diverses tuniques de l'utérus, après avoir nettoyé sa cavité au sublimé. 16 points de suture à la soie furent placés. Une injection vaginale fut faite pour voir s'il ne sortait rien entre les sutures. Aux points douteux, on plaça encore 2 sutures de renforcement. L'utérus, petit, fut réintégré dans l'abdomen et abandonné à lui-même. Tamponnement vaginal. L'opération dura 40 minutes environ. L'hémorrhagie fut insignifiante, grâce à la ligature élastique modérément serrée. Suites normales ; sortie 25 jours après. Température variant entre 37°,6 et 38°,2.

C'est une opération qu'on aura rarement l'occasion de faire dans ces conditions ; mais il faut bien savoir qu'elle peut être suivie de succès (1). Elle représente, en somme, la fin du travail commencé par la nature. D'ailleurs, Martin (Berlin) a extrait ainsi des fibromes interstitiels, de même que M. Terrier et M. Doléris. Il faut aller de parti pris dans la cavité utérine ; cette manière de faire représente le minimum d'intervention.

M. Terrier rapporte un cas de *cholécystectomie* qui a présenté quelques particularités intéressantes.

Une femme, envoyée à l'hôpital Bichat par M. Rendu, présentait une tumeur de la face inférieure du foie, avec induration périphérique. On fit le diagnostic de cholécystite avec péricholécystite. On eu recours à la laparotomie dans le but d'exécuter soit la cholécystotomie, soit la cholécystectomie.

Incision latérale ; adhérences autour de la vésicule et entre celle-ci et les anses de l'intestin grêle, en avant du duodénum. Ouverture de la vésicule, remplie d'un liquide séro-purulent, un peu teinté de rouge : il ne semblait pas y avoir de perméabilité du canal cystique, car la vésicule ne contient pas de trace de bile. On enleva une grande quantité de calculs biliaires. Un seul, fortement enclavé dans l'origine du canal cystique, ne put être retiré. M. Terrier, se rappelant que dans un cas analogue M. Trélat avait déchiré le canal cystique et que sa malade était morte de péritonite, résolut d'enlever la vésicule, craignant de déchirer ce canal, *très friable*, formé de tissus enflammés.

La dissection fut facile sur la face inférieure du foie; hémorrhagie arrêtée par quelques ligatures peu serrées, placées sur le tissu hépatique. L'extirpation fut faite, pour ainsi dire, en dehors du péritoine. C'est à ce moment que M. Terrier s'aperçut qu'il aurait mieux fallu faire une incision médiane, pour pouvoir suivre plus facilement le canal cystique. En faisant le pédicule, M. Terrier vit que le canal cédait et qu'il y avait une déchirure au niveau du point où se trouvait le calcul ; il l'énucléa par cette ouverture et plaça sa ligature au delà. On sutura aux bords de la plaie abdominale les tissus qui entouraient le canal cystique sectionné, de façon à isoler la grande cavité péritonéale de la petite cavité où se trouvait l'extrémité coupée de ce canal. On plaça un drain dans cette petite cavité et on fit la réunion.

Le lendemain, la malade était inondée par la bile qui venait par le drain. La ligature avait dû être trop serrée sur ces tissus friables et le canal cystique s'était ouvert. Le trajet fistuleux s'est fermé assez rapidement. — Aujourd'hui la malade va très bien.

Cette observation montre que la ligature du canal cystique est importante à bien faire et que, d'autre part, il vaut mieux enlever la vésicule que de chercher à désenclaver des calculs trop engagés dans le canal cystique. De telles manœuvres sont très dangereuses (cas de Trélat), en raison du peu de ré-t sistance des parois de ce canal.

M. Tillaux. — L'écoulement de bile observé par M. Terrier ne pourrait-il pas être simplement dû au décollement de la vésicule de la paroi inférieure du foie et à la déchirure ou à la dénudation de petits canaux biliaires siégeant en ce point? Ce qui lui fait émettre cette hypothèse, c'est l'écoulement bilieux qui se fait souvent après l'opération des kystes hydatiques du foie.

M. Marchand. — Lorsqu'on sectionne le foie, il n'y a d'écoulement de bile que si l'on coupe en deux un conduit biliaire important, vecteur de la bile.

M. Terrier s'est demandé, en effet: 1° s'il n'y avait pas chez l'homme des *conduits hépato-cystiques*, comme chez certains animaux, ayant pu être lésés lors de l'opération ; 2° Ou s'il n'y avait pas, sur la face inférieure du foie, des canaux vecteurs assez volumineux pour donner un fort écoulement de bile, à supposer qu'on les déchire. Il semble que les choses ne soient pas ainsi. Il en a conclu que la bile venait du canal cystique, d'autant plus que l'écoulement a été très considérable.

M. Sée. — On sait parfaitement aujourd'hui que les canaux hépato-cystiques n'existent pas chez l'homme. M. Terrier a dû trop serrer le fil ligateur du canal cystique.

M. Terrier se demande, dans ce cas, s'il ne vaudrait pas mieux mettre une pince à pression à demeure qu'une ligature sur le canal cystique.

M. Horteloup présente un *aspirateur à graviers perfectionné* dû à M. Wickham (1).

Commission *(Examen des titres des candidats à une place de membre titulaire)*. Sont nommés MM. Polaillon, Anger, Marchand.

Marcel Baudouin.

(1) Il y a une nuance entre l'opération de Martin : *Enucléation des fibromes interstitiels par la voie abdominale* et *l'opération césarienne pour l'extraction des fibromes utérins*. Il ne faut pas oublier que, dans ce dernier cas *on ouvre la cavité utérine*, ce qui est très important. On n'avait jamais fait encore, en France, l'opération césarienne dans ces cas-là, à ce que nous sachions, du moins ; mais, à l'étranger, il a paru récemment, croyons nous, quelques observations de ce genre.

(1) Voir plus loin, page 365.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 3 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. LABORDE fait l'éloge du Dr Trélat, membre honoraire de la Société.

M. CLÉMENT présente du *fil de soie de St-Nicolas* auquel un attouchement avec quelque saint en renom confère des propriétés hémostatiques. MM. LABORDE et A. DE MORTILLET citent des superstitions analogues. Certains clients avalent l'ordonnance.

M. CHUDZINSKI présente un *cerveau d'homme* ayant conservé un caractère Simien. Ce caractère simien a été trouvé chez des suicidés, des idiots et aussi sur le cerveau d'hommes distingués.

M. DALIFOL fait une communication *sur les établissements pénitentiaires de l'enfance.* Il donne des détails sur l'historique et décrit rapidement les 6 colonies pénitentiaires, dont 1 maritime, — celle de Belle-Isle, — et une autre, celle de Mettray, due à l'initiative privée sur un fonds privé de 10 millions au début. En dehors de ces établissements, les sociétés de charité privée, les asiles recueillent des pensionnaires sans qu'il y ait réglementation par l'Etat, ce qui est un mal, parce que ces enfants, soutenus par la charité privée, sont rendus souvent trop tôt à la liberté et commettent des crimes. Le succès des asiles a fait baisser le chiffre des pensionnaires des colonies pénitentiaires de l'Assistance publique et une réforme est nécessaire dans le sens d'une réglementation et d'une surveillance par l'Etat de cette initiative privée. — M. Dalifol trouve qu'il existe une certaine ressemblance entre les enfants de ces différents établissements pénitentiaires et il a essayé de fixer les formes de leur crâne par des mesures parallèles et progressives avec l'âge. Il se sert pour cela de son « capacimètre ». Les photographies composites ou galtoniennes ne donnent rien d'exact et donnent tout au plus des valeurs de plan. M. D... ne croit pas aux caractères de criminalité de Lombroso et cite à l'appui de son incrédulité un exemple connu de diagnostic porté à faux par une suite de circonstances de milieu réformatrices du caractère d'un sujet stigmatisé *a priori.* Il cite un exemple curieux de « locomotivité » aiguë chez un névropathe errant, et deux cas de suggestion suivie de bons effets chez des enfants atteints d'incontinence d'urine. M. Dalifol rend hommage aux efforts de M. Bourneville, aux résultats déjà obtenus et à la merveilleuse installation de son service à Bicêtre.

M. SANSON dit qu'il faut des hommes de cœur et de dévouement à la tête de ces établissements affectés à l'enfance souffrante ou vicieuse. — Suit une discussion qui a pour effet d'engager M. Dalifol à examiner la question au point de vue anthropologique, d'étudier les effets de l'alcoolisme, la dégénérescence héréditaire, etc., et une commission est proposée pour élaborer un programme d'étude dans ce sens.

M. DELISLE présente des *photographies* de Choas et d'Abyssiniens, des coiffures de l'île d'Oléron et des Deux-Sèvres, et une série de photographies intéressantes de la déformation du crâne, dite toulousaine.

M. BATAILLARD lit un travail *sur l'histoire et les migrations des Tziganes.* Ce travail fait suite aux études si consciencieuses et si patientes du même auteur sur les tronçons de mal connus des Bohémiens d'Europe.

Séance du 17 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. FAUVELLE, à propos d'un volume par lui publié antérieurement, donne lecture d'un mémoire *sur la distinction à établir entre l'idée de philosophie et de science*, l'une étant ennemie de l'autre. En écrivant son volume, il n'a pas fait œuvre de philosophie, dit-il.

M. SANSON dit que la science ne peut se baser que sur des faits.

M. ESCHENAUER défend la « philosophie » avec beaucoup de chaleur et de talent comme étant indispensable à la science qui s'en sert comme de fil pour se guider. Elle est la base de toute science; on en fait partout et la science ne peut procéder autrement que par induction, aussi bien que par déduction.

M. HERVÉ dit qu'il y a plusieurs philosophies; il y a une philosophie scientifique et le comtisme. Chaque science a la sienne. Déduction et induction sont nécessaires dans un cycle sans fin. Claude Bernard montre bien la différence de la philosophie des métaphysiciens (surtout de V. Cousin et de son école) d'avec celle des savants comme lui, en disant que, pour décrire l'intérieur d'une maison, ceux-là se mettent devant et font des discours sur ce qui peut y avoir, tandis que ceux-ci y entrent et décrivent ce qu'ils voient.

M. LABORDE explique que Cl. Bernard a voulu indiquer le « milieu intérieur ». Il faut s'opposer à la philosophie des métaphysiciens; mais nous ne pouvons pas ne pas nous servir de leurs termes. Il n'est pas possible de ne point généraliser les faits.

M. MANOUVRIER ne connait que deux méthodes : la méthode *a priori* et celle *a posteriori*. En faisant de la philosophie ou de la science *a priori*, on fait de la mauvaise philosophie et de la mauvaise science. La question est tranchée depuis longtemps.

M. LETOURNEAU lit deux notices sur l'*orientation des alignements de Carnac.*

Mme Cl. ROGER dit que la précession des équinoxes, invoquée dans ce travail, détermine de faibles différences de degrés d'horizon pour le coucher et le lever du soleil.

M. A. DE MORTILLET rattache à cette lecture une communication sur le *stone-age* dans ces contrées. G. C.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 24 Avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. MICHEL. — *Rapport au nom de la section d'Hygiène sur le procédé de M.* LEFORT, *relativement à l'alimentation de la ville de Nantes en eaux potables.* Dans un rapport fait au nom de cette Commission, M. Michel étudie d'une façon sérieuse tout ce qui a été fait à cette époque pour rendre les eaux des fleuves et des rivières salubres et utilisables dans l'alimentation. L'auteur expose le mode d'action des filtres à sables et en montre les causes de défectuosité, surtout sous de fortes pressions, en raison des trajets libres et non filtrants qui se forment dans la masse sableuse, ce qui explique les mauvais résultats que ces filtres ont donné à Berlin. Puis il expose les divers procédés de filtrage des eaux par les galeries filtrantes dont il montre les inconvénients. Après avoir décrit et critiqué les filtres Maignien et Garnier, sur lesquels on n'a pu avoir aucune donnée exacte au point de vue de leur action sur les microorganismes, il fait la description de la méthode employée à Nantes par M. Lefort et fait ressortir les avantages de ce système en s'appuyant sur les résultats des analyses bactériologiques exécutées sur des eaux provenant des puits de filtration établis à Nantes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. TISON, GAUTRELET, DUCHESNE, BARADUC, BILHAUT, BARATOUX, les conclusions suivantes sont adoptées : 1° Il y a lieu de rechercher les moyens pratiques d'assainir aussi complètement que possible, principalement au point de vue de l'alimentation, les eaux des fleuves et des rivières, en particulier à Paris l'eau de la Seine. L'intérêt des populations, la difficulté de se procurer indéfiniment des eaux de source et le prix élevé de l'adduction des sources, font de cette question d'hygiène urbaine l'une des plus sérieuses et des plus dignes d'être étudiées et résolues. 2° Les procédés de filtration, en se perfectionnant de plus en plus, peuvent et doivent arriver à un pareil résultat, fait absolument démontré par ce qui se passe à la surface du sol et pour les eaux de sources. 3° Les appareils soumis à notre appréciation sont tous trois dignes d'éloges. Le puits d'essai, installé sur la Loire par M. Lefort, fournit des résultats inattendus et remarquables au point de vue chimique et bactériologique. 4° La Commission est en outre d'avis qu'il y a lieu de savoir ce que des puits semblables pourraient donner, installés sur les eaux de la Seine et de la Marne. 5° Elle désire que par un vote, la Société de Médecine pratique appelle sur ces questions ainsi considérées l'attention des pouvoirs publics, et émet le vœu que le Conseil municipal de Paris fasse procéder à une expérimentation suivie du système Lefort, expérimentation surveillée par une Commission spéciale. L'ensemble des conclusions est voté à l'unanimité.

A propos de l'emploi des bains d'acide carbonique.

M. GAUTRELET, prenant pour point de départ la communication de M. Peyraud à la précédente séance, explique comment

les faits observés de transformation de l'hyperacidité des urines en hypoacidité par le traitement à l'aide des bains d'acide carbonique gazeuse, ne sont pas contraires à la théorie qu'il a émise sur les urines hyperacides.

Le Secrétaire des séances, M. LECERF.

HYGIÈNE

Gymnastique de l'Opposant (1).

Ce nouveau système dont tous les exercices ont été choisis avec soin fournit les moyens de faire faire tous les jours, sans embarras, sans trouble ni frais supplémentaires d'enseignement, une bonne séance de gymnastique à tous les élèves d'un établissement, quelque nombreux qu'ils soient.



Fig. 76. — Position verticale.

Malgré toute l'importance que peut avoir l'adoption de sa nouvelle méthode et l'influence qu'elle exercera sur la vulgarisation et l'avenir de son système, M. Pichery semble accorder plus de prix et d'importance au *côté médical*; il s'est, à cet égard, attaché à un perfectionnement méticuleux de l'instrument qu'il emploie et qu'il a nommé Opposant, il en décrit le manuel dans ses détails les plus minutieux, afin que le médecin puisse facilement diriger son malade, afin aussi qu'il puisse se former un ou plusieurs aides, comme cela se pratique dans les grands établissements hospitaliers de l'Allemagne, selon le nombre d'applications que peut lui fournir sa clientèle; l'Opposant, outre l'hygiène générale, peut être employé dans tous les cas pathologiques indiqués et pratiqués par Bing, disposé dans la chambre du malade et mis à sa portée; celui-ci peut, dix fois, vingt fois par jour, selon les prescriptions du médecin, seul ou avec le concours effectif de son aide, selon la nature ou la gravité des cas, exécuter les mouvements qui lui sont commandés avec la fréquence et les proportions que l'affection réclame.

Il n'est pas un médecin qui ne soit souvent embarrassé pour donner les soins qui conviennent avec quelque chance de rémission à certains malades qu'il enverra aux eaux ou dans un établissement thermal et dont il fait en quelque sorte l'abandon, et cependant ce sont tous ces cas désespérés traités par Bing qui ont fait sa réputation et sa fortune. Nous croyons que le médecin fera bien de consulter le livre de M. Pichery : il se pourrait qu'il tirât de cette lecture une augmentation de travaux importants, au

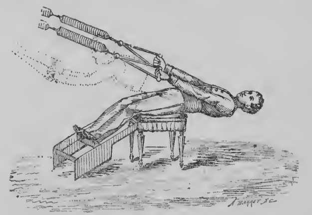


Fig. 77. — Position horizontale.

grand soulagement de ses malades. Il trouvera encore dans ce volume des points de vue sur l'hygiène qui arrêteront son attention et dont il pourra faire bénéficier sa clientèle.

(1) *Gymnastique de l'Opposant.*— Nouvelle méthode à l'usage des écoles, adoptée par le Conseil municipal de la ville de Paris et par la direction de l'enseignement, par J.-L. PICHERY, 1 volume in-8°, avec gravures, prix 5 francs, à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'École-de-Médecine, Paris.

VARIA

Société française d'Ophtalmologie.

Ordres du jour.

La *Société française Od'phtalmologie* se réunira à Paris le lundi 5 mai 1890, à 8 h. 1/2 du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Une réunion amicale aura lieu la veille, dimanche soir, à 8 h. 1/2, au Grand-Hôtel (dans le salon de l'entre-sol, réservé pour la Société, et situé à droite de l'entrée). Dans l'intérêt général, chaque orateur est instamment prié de faire sa communication d'une façon aussi concise et succincte que possible.

Séance du Lundi 5 *mai* 1890.

(8 h. 1/2 précises du matin).

M. Venneman (de Louvain) : *Traitement de la fistule lacrymale.* — M. Gillet de Grandmont (de Paris) : *Valeur de l'élongation des points lacrymaux.* — M. Grandclément (de Lyon) : *Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents.* — Rapport de M. le Dr Coppez (de Bruxelles) : *De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers.* — M. de Wecker (de Paris) : *Un appareil fascinateur.* — M. Tscherning (de Paris) : *Une nouvelle méthode pour mesurer les rayons de courbure du cristallin.* — M. Vacher (d'Orléans) : *Des principaux antiseptiques employés en chirurgie oculaire et de leur action comparative.* — M. Gaupillat (de Troyes) : *Influence de l'état général sur les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte, malgré les antiseptiques.* — M. Bettremieux (de Somain) : *Considérations sur le traitement de l'ulcère de cornée à hypopion.*

Séance du Mardi 6 *mai.*

(8 h. 1/2 du matin)

M. de Lapersonne (de Lille) : *La mydriase dite essentielle.* — M. Terson (de Toulouse) : *Présentation d'une malade opérée depuis 7 mois d'un tubercule de l'iris.*— M. Teillais (de Nantes): *Deux cas d'ophtalmie sympathique.* — Rapport de M. le Dr Dufour (de Lausanne) : *De la cataracte secondaire au point de vue opératoire.* — M. Parinaud (de Paris) : *Du délire après l'opération de la cataracte.* — M. Galezowski (de Paris) : *Intervention chirurgicale dans les cyclites et le décollement de la rétine.* — M. Abadie (de Paris) : *Traitement du décollement de la rétine.* — M. Leroy (de Paris) : *Un ophtalmoscope optomètre.*

Séance du Mercredi 7 *mai.*

(8 h. 1/2 du matin)

M. Suarez de Mendoza (d'Angers) : *Contribution à l'étude des sensations visuelles engendrées par des sensations acoustiques.* — M. Masselon (de Paris) : *Des altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine.* — M. Martin (Georges), de Bordeaux : *Étude clinique sur l'astigmatisme.* — M. Javal (de Paris) : *Sur les résultats des mensurations ophtalmométriques.* — Rapport de M. le Dr Bravais (de Lyon) : *Du traitement de la myopie*

progressive et du choix des verres correcteurs dans cette affection. — M. Motais (d'Angers) : *Traitement de la myopie progressive par le reculement tendineux et aponévrotique.* — M. Nuel (de Liège): *Diagnostic de la prédisposition à la myopie.* — M. Panas (de Paris) : *Sur les abcès du sinus frontal* — M. Dransart (de Somain) : *De la capsulotomie ténonnienne.*

Banquet à 7 h. 1/2 du soir au Restaurant du Grand Véfour (Jardin du Palais-Royal).

Séance du Jeudi 8 Mai.

(Fin des communications et séance d'affaires, à 8 h. 1/2 du matin).

M. Bull (de Paris) : *Traitement optique du strabisme.* — M. Chevallereau (de Paris) : *Deux cas d'hémianopsie causée par des pertes utérines.* — M. Boucheron (de Paris) : *Sur l'existence des nerfs ciliaires antérieurs ou superficiels. Préparation par la méthode de l'or.* — M. Trousseau (de Paris) : *Forme insidieuse grave de la conjonctivite blennorrhagique.* — M. Jocqs (de Paris) : *Une modification dans l'emploi du périmètre de Foerster.* — M. Manolescu (de Bukharest) : *Un cas de troubles oculaires produits par le sulfate de quinine à dose toxique* (lu par M. Masselon). — M. Grandclément (n° 2) : *Efficacité du massage de l'œil dans la kératite parenchymateuse.* — M. Parent (de Paris) : *Présentation d'une échelle optométrique.*

Durant tout le Congrès des *Instruments d'Ophtalmologie seront exposés dans une salle voisine de celle des Séances.*

Policlinique de Paris.

La *Policlinique de Paris*, située 28, rue Mazarine, et qui fonctionne depuis le 17 avril, sera officiellement inaugurée le dimanche 11 mai courant (1).

Cours du semestre d'été.

Médecine générale : Lundi, mercredi, vendredi, dimanche, à 10 h. 1/2. — *Maladies nerveuses* : Mardi, vendredi, dimanche, à 9 heures. — *Maladies de la peau* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. 1/2 ; jeudi, à 8 h. du soir. — *Maladies des femmes (Grossesse et accouchement)* : Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Maladies de la gorge, des oreilles et du nez* : Mardi, jeudi, samedi, dimanche, à 9 heures. — *Voies urinaires et petite chirurgie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Maladies de poitrine* : Dimanche, à 10 heures du matin. — *Maladies des enfants* : Jeudi à 1 heure ; Dimanche, à 9 heures. — *Maladies de la bouche et des dents* : Lundi, mardi, vendredi, à 4 h. 1/2. — *Maladies des yeux* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Cours de chimie et de physique médicales. — M. Georges Darzens, ancien élève de l'école polytechnique, licencié ès sciences, chef de clinique, commencera un *cours préparatoire* au premier examen de doctorat, le lundi 12 mai, à 8 heures du soir, et le continuera les mercredi et vendredi suivants à la même heure. On s'inscrit à la Policlinique tous les jours de 3 à 5 heures.

Cours d'accouchements. — Le Dr Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité, a commencé un cours de *thérapeutique obstétricale,* le jeudi 1er mai, à 5 heures, et le continuera les samedi et mardi suivants. Les élèves seront exercés à la pratique des principales opérations et manœuvres obstétricales. On s'inscrit à la Policlinique tous les jours de 8 à 5 heures.

Association des Médecins du département de la Seine.

L'Assemblée Générale aura lieu, dimanche 11 mai, à 2 heures *très précises*, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président. Cette réunion a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1889 par le Secrétaire général ; — 2° L'élection : d'un Président ; de deux Vice-Présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission Générale : Président : M. Brouardel. Vice-Présidents : MM. Blanche et Guyon ; — 3° Le tirage au sort des membres de la Commission Générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Conformément aux termes de l'article 8 du Règlement d'administration intérieure, seront seuls admis comme membres titulaires, les sociétaires présents à l'Assemblée, qui déclareront accepter ces fonctions.

Tableau du mouvement de la Caisse pendant l'Exercice 1889

RECETTES

Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	32,748 fr. 75
Cotisations	17,682 »
Admissions	348 »
Dons	3,765 »
Reliquat de l'année 1888	1,354 05
Total	55,897 fr. 80

(1) Consultations gratuites.

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à quatre sociétaires et à cinquante-sept veuves ou enfants de sociétaires	38,500 fr. »
Secours à vingt-huit personnes étrangères à l'Association	4,100 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	1,247 »
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	346 75
Somme prise sur le dixième du revenu pour les pensions viagères	777 30
Achat de rentes	10,190 35
Total	55,761 fr. 80

BALANCE

Recettes	55,897 fr. 80
Dépenses	55,761 10
Reste	136 fr. 70

Caisse des pensions viagères
(Fonds de Secours)

RECETTES

Somme prise sur le dixième du revenu de l'Association	777 fr. 30
Intérêt des sommes placées	422 70
Total	1,200 fr. »

DÉPENSES

Une pension viagère	1,200 fr. »

BALANCE

Recettes	1,200 fr. »
Emploi	1,200 »
Reste en caisse	» fr. »

(Fonds de Réserve)

Reliquat de l'année 1888	208 fr 40
Don de M. Péan	130 »
Total	338 fr. 40

La Rage à Paris en 1889.

M. Dujardin-Beaumetz vient d'adresser au Préfet de police son rapport sur les cas de rage humaine observés pendant l'année 1889 dans le département de la Seine. Il résulte de ce rapport que, pendant l'année 1889, il s'est produit dans le département de la Seine six cas de rage, alors que l'année précédente on avait observé dix-neuf cas. Cette diminution dans les cas de rage humaine marche de pair, bien entendu, avec un amoindrissement des cas de rage chez les animaux. En effet, on a constaté pendant l'année qui vient de s'écouler 367 cas de rage animale, dont 356 chez le chien, 9 chez le chat, 1 chez le mouton et 1 chez le cheval, tandis que, l'année précédente (en 1888), le nombre des animaux enragés s'était élevé à 863. M. Dujardin-Beaumetz se demande comment on peut expliquer une pareille décroissance de cas de rage pendant cette année de 1889. On ne peut invoquer une application nouvelle de certaines prescriptions de la loi de 1881 ? En effet, la préfecture de police, impuissante à faire adopter par la population parisienne les dispositions qui ont débarrassé les villes d'Allemagne du fléau de la rage, et dont vont bénéficier les habitants de Londres, n'a pris, pendant l'année 1889, aucune mesure de rigueur particulière. La fourrière n'a pas reçu un contingent plus élevé d'animaux, puisque 5,583 chiens y ont été conduits pendant cette année. Comme la spontanéité n'existe pas pour la rage et que les influences atmosphériques et telluriques n'ont aucun rôle dans son développement, il faut bien admettre pour expliquer les différences si tranchées, au point de vue de la rage, des années 1888 et 1889, qu'elles résultent de la sévérité plus ou moins grande que l'administration a mise à exécuter la loi qui veut que tout chien mordu par un chien enragé soit déclaré et immédiatement abattu. Les observations de rage humaine faites en 1889 à Paris comprennent trois enfants et trois adultes. Sur ces six personnes qui ont succombé à l'hydrophobie rabique, trois avaient suivi le traitement, trois ne s'étaient pas présenté. Pendant cette même année, 236 personnes habitant le département de la Seine se sont présentées à l'Institut Pasteur, ce qui donne une mortalité de 1,27 0/0. Voici comment se répartissent les insuccès à la suite du traitement pastorien :

	Personnes traitées	Décès	Mortalité
En 1887....	306	3	0.97 0/0
En 1888....	385	5	1.29 »
En 1889....	236	3	1.27 »

Grace à la liste dressée par l'administration, on peut comparer la mortalité qui frappe ceux qui n'ont suivi aucun traitement à celle des individus traités. Pour l'année 1887, cette mortalité avait été de 15 90 0/0 et en 1888 elle était de 13,33 0/0. Pour 1889,

on trouve que sur 40 personnes mordues par des chiens enragés et n'ayant suivi aucun traitement, 3 sont mortes, ce qui ferait une mortalité de 7.50 0/0. En terminant, le rapporteur constate que le traitement n'empêche pas la persistance de la rage ; pour la supprimer, il faudrait que les prescriptions de la loi du 21 juillet 1881 et du décret du 22 juin 1882 fussent rigoureusement appliquées. Aussi, à l'unanimité, le Conseil d'Hygiène renouvelle-t-il les vœux qu'il émet chaque année sans espérer toutefois les voir adopter par l'administration, si grande est l'hostilité de la population parisienne contre de telles mesures.

Xe Congrès international de médecine à Berlin, 1890.

Programme provisoire de la Section de Laryngologie et Rhinologie. — Discours d'ouverture de la section : *La laryngologie depuis le dernier Congrès international de* 1887, par B. Fränkel, Berlin. — 1. *Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx,* rapporteurs : Henri T. Buttlin, Londres ; J. Gottstein, Breslau. — 2. *Déviation et crêtes de la cloison,* rapporteurs : J. Moure, Bordeaux ; A. Hartmann, Berlin. — 3. *Diagnostic et thérapeutique des maladies des sinus avoisinant les fosses nasales,* rapporteurs : Me Bride, Edinbourg ; Ph. Schech, Munich. — 4. *Syphilis des voies respiratoires supérieures,* rapporteurs : L. Schrötter, Vienne ; George M. Lefferts, New-York. — 5. *Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx,* rapporteurs : F. Massei, Naples ; M. Schmidt, Francfort-sur-le-Mein. — En collaboration avec la section des maladies de l'enfance : *Intubation,* rapporteur : J. O'Dwyer, New-York. Le second rapporteur sera nommé par la section des maladies de l'enfance.

Section d'Otologie. — Des rapports des micro-organismes avec les affections de l'oreille moyenne et leurs complications, par Moos et Zaufal. — *Cholestéatome de l'oreille,* par Kuhn et Bezold. — *L'ouverture de l'apophyse mastoïde par le méat externe peut-elle être considérée comme la méthode la plus usitée ?* par Hesler. — *Traitement consécutif à la trépanation de l'apophyse mastoïde,* par Kretschmann. — *Indications concernant l'excision du marteau et de l'enclume,* par Stacke. — *Anatomie pathologique du labyrinthe,* par Steinbrugge. — *L'organe de l'ouïe dans les affections du système nerveux central, surtout dans le tabes dorsal,* par Morpurgo. — *Otite interne consécutive à la syphilis héréditaire,* par Wagenhaüser. — *Statistique des affections auriculaires les plus importantes,* par Burkner et Jacobson. — *Examen de l'ouïe et notation du pouvoir auditif,* par Magnus et Schwabach. — *Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non suppurée,* par P. Mac Bride et G. Gradenigo.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — Dissection : MM. Lannelongue, Kirmisson, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Farabeuf, Segond, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Delens, Reynier. — (3e *Série*) : MM. Marc Sée, Retterer, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Hayem, Blanchard, Weiss. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Guyon, Pinard, Ricard. — (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Letulle.

MARDI 5. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Polaillon, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Debove, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Ball, Campenon, Gley. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Panas, Quenu, Bar. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Cornil, Proust, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. Peter, Laboulbène, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lefort, Brun, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Duguet, Ballet.

MERCREDI 7. — Dissection : MM. Farabeuf, Tuffier, Retterer. — 2e de *Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Delens, Segond, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Poirier, Chantemesse. — (3e *Série*) : MM. Marc Sée, Rendu, Jalaguier. — (4e *Série*) : MM. Fournier, Ricard, Reynier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjerine. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Letulle.

JEUDI 8. — Dissection : MM. Lefort, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Ballet, Gley. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Nélaton. — (3e *Série*) : MM. Duplay, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Debove, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Hanot.

VENDREDI 9. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Ricard, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Marc Sée, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Kirmisson, Déjerine. — (3e *Série*) : MM. Delens, Segond, A. Robin. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Chantemesse, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Jalaguier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Rendu, Brissaud.

SAMEDI 10. — Dissection : MM. Panas, Quénu, Gley. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Debove, Schwartz, Netter. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Ballet. — 5e *de Doctorat,* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Nélaton, Brun. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Laboulbène, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 8. — M. L.-R. Régnier. Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et ses différentes formes. — Mlle Brandhendler. Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouvel aspirateur à graviers ; par Edmond WICKHAM, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

A la dernière séance de la *Société de Chirurgie*, M. Horteloup a présenté au nom d'un de ses anciens internes un nouvel aspirateur à graviers, qui diffère de l'aspirateur ordinaire en ce que les fragments calculeux, une fois recueillis dans l'appareil, ne sont pas susceptibles d'être refoulés dans la vessie. Bigelow, Otis, Thompson (1) à l'étranger, et Bazy (2) en France, ont fait

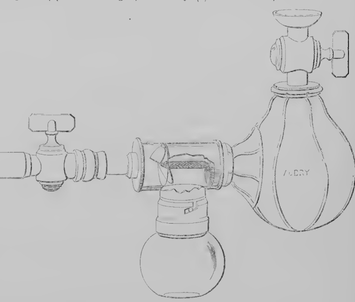


Fig. 78. — Nouvel aspirateur à graviers de M. E. Vickham.

construire des instruments similaires, mais la complication de leur construction est, suivant nous, un très grand défaut. En jetant un coup d'œil sur la figure ci-dessus, on se rend aisément compte du mécanisme ; les diverses pièces se démontent sans difficulté ; aussi le nettoyage exact est-il assuré. On peut reprocher à cet instrument que l'aspiration se fait, comme dans le modèle du professeur Guyon, à travers un grillage, mais le grillage en forme d'L présente une surface deux fois et demie plus considérable ; les diverses expériences, auxquelles nous nous sommes livrés, nous ont montré que l'engagement n'était pas à craindre. Disons, en terminant, qu'en employant un petit artifice, on arrive à remplir d'eau l'appareil d'une façon absolue, résultat qu'il est impossible d'atteindre avec l'aspirateur Guyon.

(1) *The Lancet*, 31 août 1889.
(2) *Ann. des Mal. des org. génitaux*, sept. 1889.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr MAGAIL, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, est nommé Chevalier de la Légion d'honneur.

BANQUET DES INTERNES DES ASILES. — Hier a eu lieu chez Corroza, au Palais-Royal, le banquet annuel de l'Association des internes et anciens internes des Asiles de la Seine, présidé par M. le Dr Briand. Parmi les nombreux convives, on remarquait M. le Pr Ball, M. le Dr Regnard, inspecteur général des Asiles, etc.

MÉDECINS CONSEILLERS-GÉNÉRAUX. — M. le Dr GUILLON, républicain, a été nommé dimanche dernier conseiller général pour le canton de Vouillé (Vienne).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 20 avril 1890 au samedi 26 avril 1890, les naissanees ont été au nombre de 1189 se décomposant ainsi : *Sexe masculin:* légitimes, 448 ; illégitimes, 169, Total, 617. — *Sexe féminin :* légitimes, 425 ; illégitimes, 147, Total, 572.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 avril 1890 au samedi 26 avril 1890, les décès ont été au nombre de 1130 savoir : 599 hommes et 531 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 5, F. 10. T. 15. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 16, F. 11, T. 27. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 24 F. 28, T. 52. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 154, F. 85, T. 239. — Autres tuberculoses : M. 22. F. 15 T. 37. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4 T. 4. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 24. T. 46. — Méningite simple : M. 31, F. 21, T. 52. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 26, T. 50. — Paralysie : M. 3, F. 1 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 2, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 27. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 21. T. 42. — Bronchite ehronique : M. 17, F. 21. T. 38. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 25. T. 41. — Pneumonie : M. 40. F. 30. T. 70. — Gastro-entérite, biberon, M. 16, F. 27. T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 6. T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8. T. 8. — Autres affeetions puerpérales : M. 0, F. 2 T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 17, T. 28. — Sénilité : M. 15, F. 24. T. 39. — Suicides : M. 14, F. 1, T. 15. — Autres morts violentes : M. 6. F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 96. F. 78. T. 174. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 3, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 21. Total : 55. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 10. Total : 34.

Faculté des Sciences de Nancy. — Tous les cours de chimie de la Faculté des Sciences auront lieu désormais dans le nouvel Institut ehimique, dont la construction est terminée et dont l'inauguration a eu lieu jeudi dernier, 24 avril.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de Clinique chirurgicale* (Hôpital Necker). — M. Campenon, agrégé, commencera le Cours de Clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 7 mai 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

L'Association générale des Etudiants à la Faculté de médecine. — Il existe depuis quelque temps à la Faculté de médecine un cadre pour les affiches officielles de l'Association. On y voit, entre autres, cette semaine, une affiche annonçant un cours de M. le Pr Rémond, *sur les maladies du rein et du cœur*, et celle qui annonçait la conférence faite mardi dernier à la Sorbonne au profit des hôpitaux marins sous la direction de M. le Dr Lannelongue. Nous reviendrons sur cette conférence qui avait pour but de faire eonnaitre l'existenee d'un sanatorium maritime que nous avons été les premiers à faire connaître à Paris.

Faculté de médecine de Lille. *Conseil Académique.* — Les professeurs, les chargés de cours et les agrégés en exercice de la Faculté de Lille sont convoqués, le lundi 12 mai 1890, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Lille, en remplacement de M. Paquet, décédé.

Faculté de médecine de Nancy. — Le Conseil général de Meurthe-et-Moselle a encore renouvelé le vœu que le Ministère envoie, à la Faeulté de médecine de Nancy, un certain nombre de ses élèves boursiers pour compenser la perte en quantité que fait subir à cette Faculté la création du service de santé à Lyon. — La Faculté de Nancy possède, en effet, actuellement, des ressources d'enseignement pratique, dans les diverses branches des sciences médicales, qui devraient lui attirer un beaucoup plus grand nombre d'élèves que celui, trop restreint, qui lui est attribué par la simple situation géographique. — Quant à l'enseignement scientifique dans les laboratoires, il est organisé et connu depuis longtemps, depuis l'organisation même de l'ancienne Faculté de Strasbourg à Nancy.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris.—*Herborisation.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 4 mai 1890. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 11 h. 40, pour le train partant de Paris à 12 h. 5., pour la station de Viroflay. Retour par un des trains du soir.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole de médecine de Tours, s'ouvrira le 3 juillet 1890, à la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos le 2 juin.

Ecole de santé de la Marine. — *Avantages offerts par la ville de Bordeaux.* — Le Conseil municipal de Bordeaux vient d'approuver à l'unanimité, moins trois voix, les termes du rapport de M. Daney au sujet des négociations entamées pour l'exécution d'une Ecole navale de santé. Aux termes de ce rapport, la ville se charge d'exécuter tous les travaux nécessaires pour aménager l'immeuble choisi par la marine. Cet immeuble sera affecté à titre gratuit. La ville prendra en outre à sa charge l'entretien locatif, l'eau, l'installation première du matériel et le mobilier; elle fera construire à ses frais les laboratoires spéciaux nécessaires. Elle s'engage à mettre pour le 1er novembre un local provisoire à la disposition de l'Ecole, à proximité de la Faculté. Enfin, elle prend à sa charge dix bourses avec trousseaux répartis sur trois années d'études.

Universités étrangères. — *Les appointements des professeurs dans les Universités écossaises.* — Le *British medical Journal* du 1er mars 1890 (page 502) donne « la valeur relative des différents postes médicaux » (sans doute les appointements des professeurs) dans les Universités écossaises pour 1890. Edimbourg : Balfour, professeur de botanique, 54,735 fr. (2.189 liv. sterling); M. Ruthaford, Institutes of médecine, 64,525 fr.; A.-C. Brown, chimie : 85,600 fr. — Sir William Turner, anatomie : 75,000 fr.; A.-R. Simpson, accouchements : 60,275 fr.; T. Grainger Stewart, physique : 38,275 fr.; Th.-D. Fraser, matière médicale : 55,875 fr.; Thos. Anamdale, elinique chirurgicale : 26,700 fr.; Sir Douglas Maclagan, jurisprudence médicale : 23,835 fr.; John Chiene. chirurgie : 40,375 fr.; W.-S. Greenfield, pathologie : 58,775 fr. Le *British medical Journal* dit qu'il emprunte cette liste à un document parlementaire. Il nous faut cette affirmation pour nous persuader que ce n'est pas une erreur. — A Glasgow et à Aberdeen, les émoluments sont notablement moins élevés. Nous trouvons eependant à Glasgow : John Cleland, ehaire d'anatomie : 55,826 fr. eomme minimum ; G.-A. Buchanan, clinique ehirurgicale : 40,500 fr.; A Aberdeen : J. Struthers, anatomie : 45,650 fr.; W. Stephenson, accouchements : 9,475 fr. Voilà des chiffres à faire envie aux professeurs de 1re classe de nos Facultés de médecine. Une explication toutefois serait nécessaire pour déterminer exactement la signification de ce tableau (*Rev. d'hyg. et de pol. san.*).

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central de chirurgie.* La 2e épreuve est terminée. Voici les diagnostics des malades soumis aux candidats. M. Walther : *Contusion du genou et de la cuisse ; épanchement sanguin,* 19. — M. Villemin : *Ostéite ancienne du tibia et abcès froid prérotulien,* 17 1/2.— M. Sébileau : *Arthrite subaiguë du genou avec épanchement chez un tuberculeux* (Discuter la tuberculose articulaire possible), 16. — M. Broca : *Arthrite blennorrhagique,* 19. — M. Hartmann : *Arthrite chronique sénile du genou avec épanchement dans la bourse du jumeau et du 1/2 membraneux,* 18 1/2. — M. Ménard : *Fibro-adénome du rein,* 17 1/2.

La 3e épreuve est commencée. Voici les notes obtenues M. Albarran : *Hydarthrose rhumatismale,* 18. — M. Lejars : *Tumeur érectile de la lèvre,* 15. — M. Clado : *Ganglion tuberculeux du cou,* 16. — M. Castex : *Genu valgum,* 19.

Concours du Bureau central de médecine (1er concours de 1890). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Babinski, Charrin et Siredey.

Concours du Bureau central de médecine (2e concours de 1890). — Les candidats pour ce 2e concours qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain sont au nombre de 64 pour 3 places. Ce sont : MM. Ménétrier, Bourdel, Roger, Cayla, Laffitte, De Gennes, Martin de Gimard, Belin, Jeanselme, Widal, Capitan, Lesage, Raymond, Girode, Méry, Georges Baudouin, Despréaux, Blocq, Richardière, Lermoyez, Giraudeau, Thoinot, Thibierge, Weber, Ribail, Lannois, Marfan, Morel-Lavallée, Klippel, Florand, Lebreton, Poupon, Bourcy, Duflocq, Œttinger, Delpuech, Duplaix, Béclère, Barbe, Guinon (Louis), Robert, Liandier, Pignol, Dubief, Wurtz, Besançon, Jacquet, Bruchet, Darier, Legendre, Guinon (Georges), Deschamps, Durand-Fardel, Berbez, Gallois, Dalché, Gilles de la Tourette, Queyrat, Mathieu, Havage, Gauchas, Polguère, Achard et Galliard. — Les membres du *Jury* qui ont été tirés au sort sont MM. Ballet, Hayem, Potin, Descroizilles, Felizet, Quinquaud, Millard ; ils n'ont pas encore tous accepté.

Salle d'opérations à l'hôpital Lariboisière. — Le Conseil municipal a approuvé une dépense de 5,911 fr. 46 pour les travaux à exécuter, à l'hôpital Lariboisière, pour compléter l'aménagement antiseptique de la salle d'opérations du service de M. le Dr Perier.

(1) Voir *Progrès médical*, 1887, 2e Sem., 27 août, no 35, p. 162.

Utilisation des lits vacants des hôpitaux de province. — On a souvent constaté que les hôpitaux et hospices de Paris étaient encombrés, tandis que, dans un grand nombre de petites villes, il y a de nombreux lits vacants. Afin de voir si l'on ne pourrait pas utiliser de petites villes où il y a de nombreux lits vacants, afin de voir si l'on ne pourrait pas utiliser ces places dans une certaine mesure, le ministre de l'intérieur a demandé aux préfets un relevé exact du nombre de lits existant dans tous les hospices ou hôpitaux de leur département, avec l'indication des lits inoccupés dans chaque établissement (*Un. méd.*).

Association des médecins du département de la Seine.— Le dimanche 11 mai aura lieu, à 2 heures précises, l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine, sous la présidence de M. le Pr Brouardel. Rendez-vous au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Banquet Laveran. — Les amis de M. le Pr Laveran ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa découverte de l'Hématozoaire de l'Impaludisme et du prix que l'Institut lui a récemment décerné. Ce banquet aura lieu le mercredi 7 mai, à 7 heures 1/2 précises, à l'hôtel Continental. On est prié d'adresser les adhésions à M. le Dr Charrin, 11, avenue de l'Opéra. La cotisation est de 20 fr.

Congrès des naturalistes et médecins allemands en 1890. — Nous rappelons que ce Congrès aura lieu à Brême, du 15 au 20 septembre prochain. Le Congrès international de médecine, on le sait, se tiendra en Août, à Berlin.

Congrès international des femmes-médecins a Chicago. — Un Congrès international des femmes-médecins s'organise en Amérique pour 1892; il aurait lieu à Chicago.

Conseil général des Facultés de Paris. — Le Conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu cette semaine une courte séance sous la présidence de M. Gréard. Il s'est occupé seulement de trois questions: 1° des thèses envoyées à titre d'échanges aux Universités étrangères; 2° de la chaire de clinique chirurgicale laissée vacante par la mort de Trélat, dont il a voté le maintien à l'unanimité; 3° de la participation du Conseil général et des Facultés de Paris au sixième centenaire de l'Université de Montpellier.

Darwinisme et Gouvernements.— Des poursuites judiciaires ont été intentées à Vienne au professeur Bruehl, directeur de l'institut d'anatomie animale. M. Bruehl, qui est un disciple fervent de Darwin, et l'auteur d'un ouvrage intitulé: *la Vérité dans la nature, ou Dieu, ses œuvres et les traditions, examinées au point de vue de la science*, est accusé d'outrage à un culte reconnu par les lois de l'empire.

Distinctions honorifiques. — *Voyage du Président de la République dans le Midi.* — A l'occasion de ce voyage la croix d'officier de la Légion d'honneur a été donnée à M. André, médecin-major.

Examen médical des Conscrits. —L'instruction ministérielle du 28 mars dernier modifie la marche à suivre pour l'examen des hommes par le médecin, membre du Conseil de revision. D'après cette nouvelle jurisprudence, chaque homme sera l'objet de deux examens distincts: le premier par le Conseil qui déclarera, le médecin entendu, le conscrit bon pour le service, l'ajournera, le classera dans les services auxiliaires ou l'exemptera pour cause d'infirmités; le deuxième par le général ou l'officier supérieur qui le remplace, le commandant de recrutement et le médecin, et ayant pour but l'affectation de l'examiné. (*J. de Méd. de Paris*).

Etudiants en médecine de langue allemande. — Voici quel est le nombre des étudiants en médecine inscrits pour l'année 1889-1890 dans diverses Universités de langue allemande: Munich, 1422; Berlin, 1373; Wurzbourg, 998; Leipzig, 944; Dorpat, 921: Graz, 590; Greifswald, 377; Breslau, 358; Strasbourg, 353; Berne, 343; Erlangen, 340; Fribourg-en-Brisgau, 327; Innbruck, 305; Halle, 284; Heidelberg, 284; Zurich, 276; Königsberg, 258; Kiel, 241; Marbourg, 239; Tubingue, 232; Iéna, 216; Göttingue, 211; Giessen, 158; Rostock, 145; Bale, 123.

Etudes anatomiques aux Etats-Unis. — Le *New-York medical Record* annonce que pour 25 francs on peut avoir à domicile un cadavre pour la dissection.

Femmes-médecins a l'étranger. — *Autriche.* — Les journaux autrichiens annoncent que l'exercice de la médecine par les femmes vient d'être autorisé pour la première fois en Autriche. C'est l'empereur lui-même qui a autorisé Mme Rosa Kesrchbaumer à ouvrir à Saltzbourg une clinique pour les maladies des yeux. Les femmes arrivent et arriveront à tout, même aux pays des rois et des empereurs. Quel signe des temps!

Hygiène. — *Epidémie de fièvre typhoïde à Dinan.* — Par ordre du Ministre de la guerre, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé, s'est rendu à Dinan pour faire une enquête sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui vient de se déclarer dans la garnison de cette ville. Il a plein pouvoir pour provoquer telles mesures qu'il jugera nécessaires pour enrayer les progrès de cette épidémie dont les caractères sont, jusqu'à présent, très bénins.

Influenza. — On annonce que l'influenza sévit dans de grandes proportions aux Indes.

La Médecine dans les conseils généraux. — Le Conseil général de la Somme s'est réuni la semaine dernière. Après l'adoption d'un vœu tendant au maintien des officiers de santé, la session a été déclarée close.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Parrot, ancien médecin du Lycée de Périgueux, est nommé médecin honoraire.

Médecin criminel. — On vient de découvrir à Milvaukee (Etats-Unis), toute une série de crimes commis par un médecin de cette ville, M. le Dr Hatchard. Il pratiquait depuis plusieurs années des opérations abortives, et il brûlait dans son laboratoire tous les corps des enfants prématurément nés. Une enquête ordonnée par le tribunal a confirmé cette accusation, et le docteur Hatchard a été arrêté.

Muséum d'Histoire Naturelle. — M. Edmond Perrier, professeur, a commencé le cours de Zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le jeudi 1er mai 1890, à deux heures, dans la salle des cours des nouvelles galeries de zoologie (2e étage); et le continuera à la même heure chaque jeudi. Le professeur exposera principalement les *résultats des travaux exécutés à son laboratoire, en vue d'une classification des mollusques basée sur leur organisation.* — Ces leçons seront complétées par des visites aux nouvelles galeries, où la collection des mollusques gastéropodes a été classée d'après ces résultats. Les conférences pratiques, qui ont lieu au laboratoire quatre fois par semaine depuis le commencement de l'année, continueront sans changement. — M. Arnaud, professeur, ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le lundi 5 mai, dans le grand amphithéâtre du muséum d'histoire naturelle, à 4 heures, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Des conférences pratiques auront lieu les samedis, à 5 heures, dans le grand amphithéâtre; elles seront annoncées par des affiches particulières. Le professeur traitera des *méthodes d'analyse organique*, en insistant surtout sur les procédés d'analyse immédiate.— L'objet principal des cours comprendra l'application des procédés exposés d'une façon générale dans les 1res leçons, des principes immédiats généraux, constitués par les espèces chimiques, dont la présence est constante dans les différents organes des végétaux. La seconde partie du cours portera sur les *principes immédiats spécifiques : alcaloïdes et glucosides.*

Monument du Dr Auzoux. — L'inauguration du monument élevé par souscription, sous le patronage de la Société d'Agriculture de l'Eure, à M. le Dr Auzoux, aura lieu à Saint-Aubin d'Ecrosville (Eure), le dimanche 18 mai, à 2 heures.

Nos chirurgiens d'après les étrangers. — Un petit fait qui montre que notre prestige scientifique disparait devant celui des Autrichiens en Orient. La sultane Zyanet, la première des quatre femmes légitimes du schah de Perse et la mère du prince héritier du trône, a subi heureusement l'opération pour laquelle elle était venue à Vienne. Si l'Exposition a séduit le schah à son récent voyage, il n'en a pas été de même, semble-t-il, de nos chirurgiens!

Prix a décerner. — Nous rappelons à nos lecteurs qu'un membre de la Société *American physiological Society* offre un prix de 1250 francs, pour le meilleur travail sur la *régénération des nerfs spinaux chez les Mammifères* (Homme compris). On demande des faits physiologiques et histologiques. Le prix sera décerné le 1er octobre 1891. S'adresser à M. H.-N. Martin (John S. Hop Kin's University, Baltimore).

Statue de Claude Bernard. — Le Conseil général du Rhone a, sur la proposition de M. le Dr Lassalle, voté une somme de 500 francs pour la statue de Claude Bernard, qui sera placée dans la cour d'honneur de la Faculté de médecine.

Stations zoologiques volantes. — La mode est aux stations zoologiques *volantes* ou *itinérantes*. M. le Pr Petersen vient d'en installer une à Isefiord (côtes du Danemark).

Société de géographie. — *Bureau.* — Ont été nommés: Président: M. de Quatrefages; Vice-présidents: M. Alph. Milne-Edwards, M. le gén. Th. Parmentier; Scrutateurs: M. Edouard Blanc, M. Marcel Monnier; Secrétaire: M. L.-G. Binger; Membre de la commission centrale: M. le gén. Derrécagaix, directeur du service géographique de l'armée.

Société française de tempérance. — Elle a tenu sa séance solennelle le 27 avril 1890, sous la présidence de M. Charles Muteau. Après avoir entendu l'allocution de M. Charles Muteau, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le Dr A. Motet, le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné : une médaille de vermeil à MM. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, comme témoignage de la reconnaissance du Conseil d'administration de la Société pour le concours que M. Henri Monod veut bien lui prêter, et à Nicolas Harmant, chez de service à Choisy-le-Roi. 137 diplômes de membre associé honoraire ; 13 médailles d'argent ; 445 médailles de bronze ; 181 diplômes de témoignage de satisfaction ; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 120 francs, avec diverses publications de la Société et 1,320 exemplaires de l'avis de l'Académie de médecine. Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Bauvoisin, instituteur à Villy-Bocage (Calvados), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques et offert au Ministre de l'Instruction publique, pour les lecteurs de la Bibliothèque de la salle Colbert à la Bibliothèque nationale, la collection complète des *Bulletins* de la Société.

Un conseil supérieur de Médecine légale. — Au Ministère de la justice, on se propose, paraît-il, d'instituer sous ce nom une Commission de médecins et de magistrats chargés de donner leur avis au sujet de la responsabilité des criminels, de la suggestion, de l'hérédité ; bref, une sorte de commission de psychologie et d'anthropologie criminelle à l'usage de la justice. Il existe déjà une Société de médecine légale qui rend des services ; une Société médico-psychologique qui a fait ses preuves ; des experts dont l'opinion a une valeur. — Il paraît que cela ne suffit pas et que le besoin d'une nouvelle institution se faisait sentir. Ce sera une Commission de plus : il n'y en a donc jamais assez. (*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*).

Une Faculté de médecine a Marseille. — *L'avis du Ministre. Manifestations des Etudiants.* — M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique, au moment de la visite du Président de la République à Marseille, a examiné les plans de l'édifice dans lequel la municipalité marseillaise est en instances pour créer une Faculté de médecine et l'Ecole de médecine navale dont plusieurs villes se disputent la faveur. M. Chapplin, directeur de l'Ecole de médecine, a alors expliqué au Ministre quels seraient les avantages d'une pareille installation. M. Bourgeois lui a répondu que, certainement, si l'intérêt général pouvait faire pencher la balance du côté de Marseille, il en serait personnellement heureux. « Mais, vous savez bien, a-t-il ajouté, que l'homme, si sympathique soit-il au projet, est doublé du ministre. » — Lorsque M. Bourgeois s'est retiré, les étudiants, massés sur les gradins du château, lui ont fait une chaleureuse ovation en poussant en même temps en chœur, comme ils l'avaient fait sur le passage du président, le cri répété de : « Faculté ! Faculté ! »

Nécrologie. — M. Jules-François Claudel, médecin principal des armées, en retraite, médecin du Sénat, officier de la Légion d'honneur, est mort cette semaine, au palais du Sénat, après une assez longue maladie. — M. le Dr Breyre, agé de 40 ans, membre de la Société médico-chirurgicale de Liège. — Sir J. Henry Lefroy, physicien très apprécié, à Londres. — M. le Dr Jules-François de Rouves (Meurthe-et-Moselle), médecin aide-major de 1re classe, décédé à Oran, dans sa 30e année. — M. le Dr Castara (de Lunéville), ancien chirurgien des armées, décédé à l'âge de 87 ans. — M. Jean-Baptiste-Antonin Martin, médecin-major de 1re classe, en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, dans sa 64e année. — M. le Dr Lagoutte (d'Autun). — M. le Dr Collet (Noyers-Bocage). — M. le Dr Tafani, professeur d'anatomie à Florence. — M. le Dr Cuignet, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Lille, vient de mourir en Algérie, où il s'était rendu pour rétablir sa santé. La nouvelle de sa mort nous arrive seulement aujourd'hui et pourtant il est décédé à la fin du mois de mars. Il était directeur du *Recueil d'Ophtalmologie*. Citons seulement de lui : *Ophtalmie d'Algérie*, 1872, Lille. — M. le Dr Darricau (Linxe).

Chronique des Hôpitaux.

Hopital des Enfants-Malades. — *Clinique infantile.* — M. le Dr Descroizilles a commencé ses Leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 25 avril, à 9 heures, et les continue les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades, avant la leçon, salle Dechaumont.

Hôpital Trousseau. — *Conférence de clinique infantile.* — M. le Dr Legroux, agrégé à la Faculté, a repris ses leçons sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à 3 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau ; il les continue les mercredis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : **Bourneville.**

Pari — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 19. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 MAI 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INTERNE

HÔPITAL TENON. — M. le Dr CHANTEMESSE.

L'Infection puerpérale (*fin*) (1).

SOMMAIRE. — La fièvre puerpérale commune est due au streptocoque, mais l'infection chez les accouchées peut être aussi produite par d'autres microbes, notamment par un bâtonnet. Ce qui explique que l'infection par le streptocoque soit si fréquente, c'est l'ubiquité de ce microbe et sa facilité à vivre en parasite dans le corps des animaux. Travaux de Pasteur, de Doléris, de Chauveau, d'Arloing, de Widal. Le virus de la fièvre puerpérale n'est pas spécial à la puerpéralité (Tarnier). Les diverses formes de l'infection puerpérale sont expliquées par les virulences variables du streptocoque. Rapports de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle. Avec le streptocoque du pus on fait de l'érysipèle à volonté. Nos travaux avec Widal sur ce sujet. A côté de la virulence des germes qui pénètrent dans l'économie, il faut tenir compte de la question de doses. Mes expériences sur la substance soluble pyrétogène élaborée par le streptocoque — Signe diagnostique de l'infection puerpérale au début. Etiologie. Sources de l'infection. Traitement préventif et curatif.

Messieurs,

Je viens de vous donner un tableau très sommaire des symptômes et des principales lésions que l'on trouve dans l'infection puerpérale. Plusieurs des observations citées renferment le mot streptocoque, auquel paraît s'attacher l'origine de la maladie. Est-ce à dire que ce microbe soit la cause unique et spécifique de toutes les infections qui surviennent chez les accouchées ; que ces infections constituent toujours une seule maladie et qu'il y a une fièvre puerpérale autonome, comme il existe une fièvre typhoïde ou une syphilis? A cette question la réponse est négative. Des rapports indissolubles ne lient pas l'état puerpéral à la pénétration du streptocoque dans l'économie. En dehors de la grossesse, ce microbe peut envahir l'organisme, et si par hasard, comme dans l'observation I, il se glisse à la faveur d'une plaie utérine, il peut donner le tableau d'une forme de la fièvre puerpérale sans puerpéralité.

J'ajoute que l'infection puerpérale peut être causée par un autre microbe que le streptocoque. M. Pasteur a soutenu depuis longtemps l'idée que la fièvre des accouchées était provoquée par plusieurs espèces microbiennes. Doléris, dans sa thèse, a décrit quatre variétés de ces micro-organismes; Widal a trouvé dans 14 autopsies douze fois le streptocoque et deux fois une bactérie pathogène découverte par Clado dans l'urine fermentée et étudiée plus tard par Albarran et Hallé.

J'ai moi-même observé, il y a peu de jours, un cas de péritonite localisée suppurée post-puerpérale. L'abcès péritonéal a été ouvert par M. Chaput. Le pus était fétide et contenait un bacille à l'état de pureté. La malade a guéri.

Il n'y a donc pas une fièvre puerpérale dans le sens propre du mot, mais des infections qui surviennent chez les nouvelles accouchées à la faveur de la plaie utérine créée par l'accouchement. Ceci dit, il est juste de reconnaître que dans la grande majorité des cas le microbe créateur de tous les accidents est le streptocoque pyogène. Ce microbe, répandu en abondance dans l'atmosphère de certaines habitations, sur tous les objets qui nous entourent, existe même parfois à l'état normal dans les cavités naturelles du corps. Son extrême facilité d'adaptation à vivre en parasite dans les milieux de presque tous les animaux, sa résistance aux agents de destruction lui assurent une pénétration et une vie faciles dans l'organisme des accouchées. Aussi, à côté de beaucoup d'autres microbes qui ont pénétré dans la cavité utérine d'une femme atteinte d'infection puerpérale, c'est lui qui d'ordinaire prend le pas sur tous les autres ; c'est lui qui végète activement dans l'orifice des sinus veineux béants, dans les fentes lymphatiques du muscle utérin, dans les trompes, pour pénétrer plus profondément dans l'économie.

Si donc on veut connaître le virus de l'infection ordinaire des accouchées, c'est l'histoire naturelle de ce microbe qu'il faut étudier, ses propriétés biologiques, sa manière de combattre, de vaincre ou d'être vaincu dans le corps des animaux. L'expérimentation nous donnera la solution du problème. C'est M. Pasteur qui, en 1879, a cultivé le premier à l'état de pureté ce microbe en chaînettes pris pendant la vie ou après la mort dans le sang des femmes atteintes de fièvre après l'accouchement.

L'année suivante Doléris, qui travaillait dans le laboratoire de M. Pasteur, trouva, dans l'infection puerpérale, 4 espèces d'organismes auxquels il attribuait la faculté de déterminer une forme spéciale de la maladie. On sait aujourd'hui que les formes en chaînette, en point double, en point simple, appartiennent toutes au streptocoque. Quant à la bactérie septique trouvée quelquefois dans le sang des malades par Doléris, il est probable qu'il s'agit du même microbe que Widal a vu deux fois dans ses 14 autopsies.

Cependant, dès l'année 1882, M. Chauveau dans une première note, et plus tard M. Arloing, ayant retiré des humeurs de femmes mortes d'infection puerpérale le streptocoque, ont déterminé par l'inoculation aux lapins des septicémies expérimentales variant avec le procédé de culture mis en usage.

Ils ont conclu que les formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre; mais, si le microbe est unique, comme disait M. Arloing, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à la puerpéralité.

Vous savez, Messieurs, que ces recherches de Chauveau et Arloing contiennent une bonne partie de la vérité. Sans doute, Pasteur, Doléris, Cushing, A. Fraïkel, Nœggerath, Brieger, Widal et moi-même, nous avons vu quelquefois chez des accouchées la présence d'autres microbes, mais les derniers travaux de Widal ont levé tous les doutes au sujet du micro-organisme que l'on trouve dans les formes septicémiques, suppuratives ou pseudo-membraneuses. J'ai moi-même trouvé le streptocoque à l'état de pureté dans un cas de septicémie puerpérale pure datant d'un mois.

Reste le second point, la discussion de la spécificité du microbe. Celui-ci n'est-il lié qu'aux accidents des suites des couches ? Ici, nul désaccord. Déjà, en 1857, M. Tarnier soutenait la contagiosité de la fièvre puer-

1) Voir *Progrès médical*, n° 13, page 241, 1890.

pérale et sa propagation, non seulement aux femmes en couche, mais encore aux femmes et aux jeunes filles pendant l'écoulement menstruel et jusqu'aux enfants nouveau-nés. L'observation de notre malade de la salle Behier vous a fait voir qu'en dehors de la puerpéralité, la pénétration du streptocoque dans l'organisme par la voie utérine fait apparaître le tableau clinique de la fièvre puerpérale.

Le streptocoque n'a donc pas besoin, pour agir, d'une modification préalable de la santé. Cela ne veut pas dire que toutes les résistances organiques, c'est-à-dire que toutes les santés soient égales devant lui, mais la leucocythose des femmes enceintes, l'état de faiblesse créé par l'accouchement, n'ont comme influence pathogène des suites de couches qu'une valeur médiocre. S'il n'en était ainsi, comment pourrait-on voir dans un service hospitalier, comme nous le faisons maintenant, mille accouchements sans accidents puerpéraux consécutifs ?

Les diverses formes de l'infection puerpérale streptococcique dépendent tout d'abord des qualités du microbe pathogène, mais ces qualités ne comportent pas un degré de fixité absolu. Dans les divers exemples que je vous ai cités, vous avez vu ce streptocoque créer, tantôt des fausses membranes, tantôt du pus, tantôt une septicémie pure ; lésions variables qu'il peut faire sur le même sujet et dans le même temps.

Ce fait expérimental est aujourd'hui hors de doute ; mais les premiers auteurs qui ont vu ce microbe et qui ignoraient la transformation de ses propriétés biologiques, lui donnaient un nom en rapport avec les qualités spécifiques qu'ils lui supposaient. MM. Pasteur et Doléris, Chauveau et Arloing le considéraient à juste titre comme une cause de la fièvre puerpérale ; Rosenbach et Passet l'appelaient le streptocoque pyogène, Fehleisen le rattachait à l'érysipèle. Cependant la clinique avait montré depuis longtemps les rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale ; on savait aussi qu'un foyer de suppuration quelconque chez une femme enceinte était une menace de fièvre puerpérale après l'accouchement. Quand j'avais l'honneur d'être l'interne de M. Cornil, nous avons observé un cas auquel il faisait allusion récemment (1) : une femme atteinte d'un phlegmon de la cuisse accoucha presque à terme ; elle fut prise de fièvre très grave et avant la mort on vit sortir de la vulve et s'étendre sur la région fessière un érysipèle. Le phlegmon contenait du streptocoque ainsi que l'œdème des ligaments larges et les plaques de l'érysipèle. Ainsi le phlegmon de la cuisse engendrait la fièvre puerpérale et l'érysipèle. Inversement, l'érysipèle, qui se termine par une suppuration dans laquelle on ne trouve que le streptocoque, n'est pas une rareté pathologique. J'ai vu à l'hôpital Broussais un phlegmon causé par le même microbe qui a donné naissance successivement à de la suppuration, puis à de l'érysipèle, puis encore à de la suppuration en passant d'un malade à un autre. L'histoire de cette petite épidémie, qui a atteint 5 personnes et qui en a tué deux, contient des faits aussi précis que ceux qu'on peut trouver dans une expérience de laboratoire ; on y voit les conditions de culture sur l'être vivant qui exaltent ou dépriment la puissance d'un virus. Un homme diabétique eut un phlegmon de la jambe causé par le streptocoque. Ce phlegmon a suppuré dans une grande étendue, car le milieu de culture imprégné de sucre était favorable à la vitalité du germe. Dans une autre salle du service se trouvait une jeune femme atteinte de syphilis secondaire avec albuminurie et œdème des jambes. Le streptocoque, implanté sur ce nouveau terrain distendu par l'enflure, a donné lieu à un érysipèle à marche rapide. Dès ce second passage, le microbe avait acquis un degré de virulence très grand. Il a atteint trois personnes qui approchaient la malade ; c'étaient toujours des érysipèles graves. Une de ces personnes est morte. Un étudiant jeune et vigoureux eut un érysipèle de la face qui mit ses jours en danger. La maladie a fini par s'arrêter en produisant de petits abcès qui recélaient le streptocoque à l'état de pureté ; celui-ci avait donc repris ses qualités pyogènes. Cet exemple vous permet de comprendre combien sont variables les propriétés biologiques de ce streptocoque ; vous le verrez sans surprise donner lieu à une septicémie pure, à une fausse membrane, à une suppuration, sans qu'il change de forme et de nature ; seuls, les produits de sa culture subissent des variations.

(1) Cours de la Faculté. — *Journal des connaissances médicales*, décembre 1889.

Or ces états variables de virulence du streptocoque renferment presque tout le secret des formes de la fièvre puerpérale ordinaire, depuis celles qui tuent en quelques heures jusqu'à celles qui durent longtemps avec localisation dans un foyer où le microbe s'est raréfié et atténué. Ceci admis, on s'explique facilement les grandes et les petites formes de l'infection puerpérale, mais l'explication serait insuffisante et inexacte qui ferait tout dépendre de la qualité du germe. L'expérimentation fournit à ce propos des renseignements intéressants. Injectons dans la veine de l'oreille d'un lapin une très petite quantité de culture de streptocoque pris dans un foyer purulent, l'animal n'aura qu'une faible élévation de température et guérira sans autre accident ; injectons à un autre lapin de même poids, dans le sang, une dose de 5 cent. cubes de la même culture, cette fois l'animal mourra dans les 36 heures, et son sang contiendra une grande quantité des streptocoques. Non seulement le microbe n'a pas été détruit, mais il a acquis par ce passage dans le lapin une virulence nouvelle. Nous l'avions injecté à l'état de streptocoque pyogène et nous le retirons à l'état de streptocoque qui ne fait plus de pus mais de l'érysipèle. Cette expérience de laboratoire que nous avons imaginée, M. Widal et moi, pour démontrer l'identité du streptocoque du pus et du streptocoque de l'érysipèle, fait voir toute l'importance de la quantité du virus dans la création d'une maladie infectieuse. Trousseau avait reconnu ce fait, appuyé plus tard par les expériences de M. Chauveau, quand il écrivait : « la spécificité exige la quotité pour agir ». Ainsi ce streptocoque, qui trouve dans le sang du lapin des conditions si favorables qu'il y exalte sa virulence pour peu qu'il y vive, succombe s'il pénètre dans le sang en quantité trop minime. N'est-ce pas une expérience semblable que nous voyons en clinique dans bon nombre de maladies infectieuses ? Ce que nous a montré M. Metchnikoff, la digestion des microbes par certaines cellules spécialisées, entre autres les globules blancs, n'est-ce pas ce que les anciens médecins avaient entrevu quand ils parlaient de la digestion du pus ? De cela il faut conclure que dans beaucoup de maladies infectieuses la présence d'une petite quantité de microbes dans le sang ne constitue un péril grave que lorsqu'existe un foyer où se multiplient des germes qui seront incessamment versés dans le liquide sanguin. Nous retrouverons cette conclusion au chapitre de la thérapeutique.

A quoi faut-il rapporter la fièvre si vive qui accom-

pagne l'infection puerpérale streptococcique ? A l'action directe des microbes du sang sur les éléments nerveux? Aux produits solubles qu'ils engendrent ?

J'ai fait une expérience qui démontre la puissance pyrétogène des substances solubles sécrétées par le streptocoque trouvé dans un cas de fièvre puerpérale. Un lapin pesant 1700 grammes reçoit dans le sang 30 centimètres cubes de bouillon stérilisé. La température, qui au début de l'expérience marquait 39°, baisse aussitôt après l'injection, mais elle se relève bientôt, et deux heures après elle marquait 40°,2. La fièvre a persisté 5 heures, puis la température est revenue à la normale. Une quantité égale du même bouillon, dans lequel a vécu pendant 3 jours le streptocoque, et qui a été débarrassé de ses microbes par la filtration à travers la bougie Chamberland, est injectée dans la veine de l'oreille d'un autre lapin, à peu près de même poids. Deux heures après, ce lapin avait une température de 40°,8, et la fièvre a persisté chez lui pendant plus de 36 heures. Une seconde expérience a donné le même résultat. Ce microbe produit donc une substance qui élève la température ; il fabrique aussi une matière toxique pour les cellules animales, puisqu'il est virulent et que sa virulence dépend précisément de la toxine qu'il crée.

Un autre point reste à déterminer : existe-t-il un rapport constant entre la virulence du streptocoque et les lésions anatomiques qu'il crée ? Nous avons montré, M. Widal et moi, que le streptocoque qui fait du pus était moins virulent que celui qui fait de l'érysipèle, et qu'on pouvait passer d'une race à l'autre, en exaltant ou en abaissant la virulence ; mais le streptocoque qui produit des fausses membranes et celui qui n'engendre qu'une septicémie généralisée, sur quel degré de l'échelle de virulence faut-il les placer par rapport aux précédents ? Je ne connais pas d'expérience qui donne une réponse à cette question.

Nous avons passé en revue, Messieurs, les principales formes cliniques et anatomiques que revêt l'infection puerpérale due au streptocoque. L'étude du microbe lui-même nous a donné l'explication des variations observées, de la gravité de certains cas, de la bénignité des autres. La virulence des microbes, la quantité totale qui se trouve à la fois dans le sang, la présence ou l'absence d'un foyer, source nouvelle de virus, la facilité plus ou moins grande avec laquelle ce foyer infectera le sang, toutes ces conditions interviennent pour modifier l'évolution de la maladie. Elles interviennent comme l'avait fait présumer la clinique et comme l'a démontré la médecine expérimentale.

Mais quels sont les signes qui permettent de dire que l'infection puerpérale a commencé ? Ce point de diagnostic est d'une importance capitale, puisque seul il permet d'intervenir à un moment où l'intervention est facile et efficace. On peut dire sans exagération, toute maladie coïncidente étrangère aux suites de couches étant écartée, que la température d'une accouchée qui, le second, le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, dépasse ou même atteint 38°, est l'indice d'une infection puerpérale. Cette infection va être grave ou légère, elle peut dans certains cas rares guérir spontanément, même quand la température a atteint un chiffre plus élevé ; mais elle existe et fait craindre tous les accidents que j'ai énumérés. Il est bien certain que la fièvre comporte un pronostic d'autant plus sévère que son apparition est plus rapprochée de l'accouchement. Ceci revient à dire que la fièvre de lait n'est pas une conséquence de la délivrance ; elle n'est qu'une des premières manifestations de l'état puerpéral.

Je mets sous vos yeux le tracé de la température d'une jeune femme, prise pendant les jours qui ont suivi l'accouchement.

Le premier soir (7 février), après un accouchement fait sous le chloroforme, 37°,8 :

Le 8	février,	matin	36°,6.
Le 8	—	soir	36°,8.
Le 9	—	matin	36°,2.
Le 9	—	soir	36°,4.
Le 10	—	matin	36°,8.
Le 10	—	soir	36°,8.
Le 11	—	matin	37°,2.
Le 11	—	soir	36°,8.
Le 12	—	matin	36°,9.
Le 12	—	soir	36°,5.
Le 13	—	matin	36°,7.
Le 13	—	soir	36°,8.

Le 10 et le 11 février, la congestion des seins devint très grande et la montée du lait se fit abondamment. La température n'atteignit même pas le chiffre normal de 37°,5.

Voilà une observation qui justifie ce que je viens de vous dire au sujet de la température.

Avant d'aborder l'étude de la thérapeutique curative et préventive, il faut énumérer toutes les conditions qui permettent la pénétration, soit du streptocoque, soit d'un autre virus dans la cavité utérine, pendant et après l'accouchement. On a cru longtemps à la spontanéité de la fièvre puerpérale ; peut-être est-on trop tenté maintenant d'attribuer toujours à l'accoucheur, à sa personne ou à ses instruments, tous les accidents fébriles qui surviennent après les couches. Certes, dans l'immense majorité des cas, la fièvre puerpérale dépend de celui ou de celle qui a aidé à l'accouchement ou soigné l'accouchée, mais encore il peut arriver que l'infection puerpérale survienne sans que l'accoucheur ait apporté le streptocoque dans ses mains impures ou dans ses instruments.

On sait, en effet (1), que si la muqueuse utérine d'une femme récemment et normalement accouchée ne contient aucun micro-organisme, la paroi vaginale d'une femme à la veille de l'accouchement est tapissée d'une grande quantité de microbes, parmi lesquels, une fois sur onze (Widal), on trouve le streptocoque pyogène. Il y a donc là matière à une auto-infection que peut facilement produire le doigt de l'accoucheur, ou les instruments qui pénètrent dans la cavité utérine, même après que ce doigt ou ces instruments ont été stérilisés avant le début de l'intervention. Ce fait explique suffisamment que malgré les précautions prises, la nécessité d'intervenir avec le forceps ou la version implique toujours un pronostic plus sérieux que celui de l'accouchement ordinaire. On ne peut, en effet, désinfecter facilement ni la cavité vaginale, ni même les mains de l'accoucheur.

Voici donc une première cause d'infection puerpérale : la présence non exceptionnelle du streptocoque dans le mucus vaginal. Après cette constatation, on peut s'étonner que l'infection puerpérale ne soit pas plus fréquente. Il suffit de se rappeler que l'accouchement lui-même, la sortie du placenta, l'hémorrhagie utérine qui s'écoule au dehors et surtout l'occlusion rapide de l'orifice utérin après l'expulsion empêchent l'ascension des germes et tout au moins la limitent beaucoup. Que si quelques streptocoques en nombre infiniment petit réussissent à pénétrer dans la cavité utérine, ils sont détruits sur place par la phagocytose, comme dans l'expérience que je vous ai citée plus haut.

(1) Dœderlein. — *Arch. f. Gynœkolog.*. Bd 36, 1887.

La seconde source de l'infection puerpérale, de beaucoup la plus importante au point que les autres s'effacent presque devant elle, réside dans le défaut de propreté de l'accoucheur, de la sage-femme, des instruments qu'on utilise, des vêtements et couvertures qui recouvrent la malade, de la literie et enfin du local qu'elle habite. Ce que j'ai dit du streptocoque et de son ubiquité explique les multiples causes qui le mettent à la porte de l'organisme, prêt à l'envahir. Parmi toutes ces causes, les plus puissantes, comme on le conçoit, sont celles qui s'attachent à l'impureté des mains du médecin, à l'emploi d'instruments impurs. J'ai vu le tétanos puerpéral être produit par la canule d'un irrigateur à injections vaginales souillée par de la terre.

La troisième source de l'infection puerpérale, plus rare que les précédentes mais plus sévère encore parce qu'il est difficile de la prévenir, est celle qui résulte de la culture dans la cavité utérine de germes qui n'ont pas été apportés du dehors mais sont venus du dedans, c'est-à-dire du sang où ils avaient pénétré durant la grossesse. Certaines femmes, qui ont des microbes dans le sang, pour une raison quelconque, souvent un érysipèle antérieur, souvent une poussée de furoncles, sont prises, au bout de 3 ou 4 jours après l'accouchement, d'accidents infectieux très graves. En pareil cas l'ouverture des sinus utérins a ensemencé l'utérus et dès lors s'est formé dans la cavité utérine un foyer où le microbe se développe à l'aise. A l'abri de l'oxygène, moins exposé à la phagocytose, il exalte sa virulence et de nouveau vient produire une seconde infection sanguine bien plus grave que la première, parce que désormais le microbe qui circule dans le sang a accru sa masse et sa virulence. Ce résultat de l'observation clinique, une expérience en donne l'explication. Quand on injecte dans le sang de l'oreille d'un lapin une petite quantité de streptocoques, l'animal guérit spontanément ; mais si, après l'injection, on provoque une entorse violente d'une jointure, on voit au bout de quelques jours l'articulation traumatisée s'enflammer et se remplir de pus et de streptocoques, tandis que les autres jointures restent parfaitement indemnes.

Ces diverses sources de contagion étant connues, le traitement prophylactique se trouve éclairé. Si nous ne pouvons prévenir l'infection utérine quand elle a pour point de départ l'infection du sang préalablement constituée, nous pouvons au moins, avant l'accouchement, lutter contre la septicémie sanguine par la quinine, par l'antisepsie intestinale et surtout par l'hygiène et la thérapeutique locales, s'il existe des foyers que l'on puisse atteindre.

Contre les autres causes d'infection le traitement est préventif et curatif.

1° Préventif. — (a) En ce qui concerne l'accouchée, il se résume ainsi :

Il faut, pendant les jours qui précèdent l'accouchement, faire deux fois par jour de grandes irrigations vaginales avec de l'eau boriquée chaude. Au début des douleurs, nouvelle injection avec de l'eau qui contient du sublimé à 1 pour 4,000. Après l'expulsion du fœtus et après la sortie du placenta, une seconde et une troisième injection vaginale avec le même liquide. Lavage très soigné de la vulve et des parties génitales externes avec la même solution. Tampon de ouate au sublimé entre les grandes lèvres.

Au début des douleurs, un lavement pour débarrasser l'intestin et obtenir une constipation qui dure 4 ou 5 jours. Cette précaution évite la souillure de la région anale pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement.

(b) En ce qui concerne l'accoucheur :

Vêtements qui n'ont jamais été portés au contact de malades, surtout de personnes atteintes d'infection puerpérale, d'érysipèle ou de suppuration.

Interruption des soins que l'on peut donner à des femmes en couches, dès qu'on soigne une parturiente qui souffre d'accidents puerpéraux.

Avant le toucher vaginal, toilette antiseptique des mains avec l'eau chaude, la brosse, le savon alcalin et l'immersion dans une solution chaude de sublimé à 1 pour 1,000.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faut exiger la plus grande propreté des linges, de la literie, des bassins, etc.

La température sera prise matin et soir et, si elle reste au-dessous de 38°, il n'y a pas autre chose à faire qu'à laver la vulve 3 fois par jour avec un tampon d'ouate au sublimé imbibée de la solution tiède antiseptique.

2° Traitement curatif :

Si le *lendemain* de l'accouchement la température atteint 38° ou les dépasse, et si *le* 3ᵉ ou *le* 4ᵉ *jour* elle s'élève au-dessus de ce chiffre, on doit considérer qu'une infection puerpérale est produite. Il faut, bien entendu, que l'hypothèse soit écartée de toute lésion ou maladie coïncidente étrangère, ce dont on peut s'assurer par l'examen attentif de la malade. Dès que cette température de 38° est acquise, la nécessité s'impose d'intervenir, parce qu'avant peu d'heures la fièvre va s'élever et les frissons apparaître. C'est le début de la période qui, parmi ses pronostics multiples, renferme les plus extrêmes : l'infection légère curable ou la mort. Or, à ce moment où la température ne marque que 38°, on peut intervenir facilement et avec efficacité. Il faut pratiquer, avec une sonde qui a été dans l'eau bouillante, celle de Tarnier, celle de Budin ou la sonde d'Avrard, quand l'orifice du col est peu dilaté, une injection intra-utérine. Précédée d'un lavage vaginal, l'injection utérine est faite avec une solution de sublimé à 1 pour 4,000. Pour que cette injection comporte toute sa valeur antiseptique, le liquide doit avoir une température de 40° à 43°. On sait, en effet, par les expériences de M. Richet, de M. Chauveau, de M. Arloing, confirmées par celles de Scalji (de Rome), que les solutions de sublimé possèdent à 43° une puissance antiseptique 6 ou 7 fois supérieure à celles qu'elles présentent à 15°. L'injection sera renouvelée avec les mêmes précautions antiseptiques soit une fois après 12 heures, soit deux fois après 12 et 24 heures. A cette dose l'intoxication mercurielle n'est pas à redouter.

Dans les heures qui suivent la première injection, la température s'abaisse à la normale et le plus souvent ne s'élève plus si le lavage utérin a été pratiqué convenablement dès le début de l'ascension thermique. La culture microbienne utérine est stérilisée. Si l'injection est plus tardive, les résultats deviennent moins favorables ; on obtient sans doute un abaissement thermique et un arrêt momentané des accidents, mais non leur cessation, parce que nombre de microbes ont déjà quitté la cavité utérine pour pénétrer soit dans les veines, soit dans les lymphatiques de la matrice, soit dans les trompes.

L'observation de la malade H..., que je vous ai citée, est un exemple de l'insuffisance des injections intra-utérines faites trop tard ; celles-ci n'avaient été pratiquées qu'à la fin du 3ᵉ jour, tandis que la malade avait

déjà eu un frisson et 39°,6 de température. Il y eut une apyrexie de quelques jours et puis reprise de l'infection et phlegmatia microbienne.

Parfois la disparition de la fièvre est si brusque après le lavage intra-utérin, qu'on ne peut rattacher cette fièvre à l'infection du sang; l'antisepsie de la matrice n'expliquerait pas cette épuration subite de la masse sanguine. Il est probable que l'injection enlève ou décompose les substances solubles élaborées dans la cavité, substances que j'ai démontré être pyrétogènes.

L'injection intra-utérine est donc un moyen thérapeutique excellent, d'autant plus efficace qu'il est plus rapproché du début des accidents. Si l'intervention est tardive, c'est-à-dire vient après un grand frisson, il faut pouvoir répéter plusieurs fois ces lavages en suivant attentivement la courbe thermométrique; il faut les renouveler matin et soir jusqu'à ce qu'on ait obtenu une apyrexie de trois jours pleins. Pour éviter l'intoxication hydrargyrique, le liquide à injecter ne devra contenir, aussitôt la fièvre tombée, qu'une quantité très minime de sublimé, soit 10 centigrammes de sublimé dans un litre d'eau bouillie, mesurant 42° ou 43° à la sortie de l'irrigateur. Une petite quantité de sel marin, ajoutée à l'eau bouillie, assurera la dissolution du sel mercurique. Je n'ai pas besoin de dire que ces lavages ne devront être pratiqués qu'avec une canule qui sort de l'eau bouillante et des mains pures.

Pour utile que soit l'injection antiseptique utérine, elle ne suffit pas toujours. Des parcelles plus ou moins volumineuses et adhérentes du placenta peuvent constituer un foyer d'infection auquel le lavage intermittent de la cavité utérine ne remédie qu'incomplètement. C'est pour parer à ce danger que MM. Pinard et Varnier avaient imaginé l'emploi de l'irrigation continue de la cavité utérine. J'ai vu, dans le service du Pr Pinard, à Lariboisière, de remarquables résultats obtenus par cette méthode thérapeutique. Cependant, un gros inconvénient du procédé, est la nécessité de poursuivre l'irrigation pendant des jours et des nuits. Les malades supportent difficilement une position immobile, que sa continuité rend, pour quelques-unes, intolérable. S'il reste, en outre, des fragments de placenta adhérents, ce procédé cède le pas à une méthode de traitement vraiment puissante et qui consiste à détruire le foyer de l'infection utérine, d'où partent constamment des germes qui généralisent la maladie. Cette méthode, que l'on nomme le curettage utérin, est si efficace, que lorsque l'intervention est faite avant que l'infection sanguine ne soit trop développée ou que des foyers nouveaux n'aient été créés en dehors de la cavité utérine, on peut à peu près sûrement compter sur la guérison. Je ne puis vous décrire longuement le procédé opératoire; qu'il me suffise de vous dire que tout médecin, qui a quelque habitude du pansement antiseptique, peut et doit y avoir recours. La malade endormie, la cavité vaginale est lavée avec la solution de sublimé, l'utérus est attiré à la vulve avec une pince, l'orifice ouvert avec un dilatateur, la cavité utérine lavée, raclée doucement à la curette tranchante, les parois humectées avec un morceau d'ouate imbibée dans une solution de chlorure de zinc au 10e. Enfin, la cavité utérine est remplie avec une bande de gaze iodoformée que l'on y enfonce peu à peu toute déroulée; une seconde bande est placée dans le vagin. Le tout est maintenu par un pansement antiseptique laissé en place 3, 4 ou 5 jours, tant qu'il n'y a pas d'élévation de la température.

Si l'infection est restée limitée à la cavité utérine, et qu'il n'existe qu'un petit nombre de microbes dans le sang, la guérison est obtenue rapidement et en quelques heures la température revient à la normale.

Si même l'infection n'a pu être arrêtée par le pansement utérin, soit parce que les microbes avaient déjà constitué des foyers dans les veines des ligaments larges, soit parce qu'ils avaient gagné le péritoine par les lymphatiques ou par les trompes, la suppression d'un foyer principal d'infection ne reste pas moins une excellente mesure. Dans ce dernier cas, on peut avoir à lutter contre la péritonite, et tous les efforts doivent tendre à limiter la lésion de la séreuse.

On guérit d'une péritonite enkystée, même quand on a eu de la fièvre vive, le facies grippé, les vomissements verts, les extrémités refroidies. Mais il faut pour cela que la lésion se cantonne, que les anses intestinales cessent de se mouvoir. La lésion enkystée, fût-elle un abcès, sera guérie facilement par les procédés de la chirurgie ordinaire. Pour obtenir cette immobilisation, l'opium à haute dose est nécessaire. J'ai vu M. Bouchard donner 40 centigrammes par jour à doses fractionnées, et, après lui, j'ai obtenu par ce moyen des résultats inespérés. L'opium est donné par la bouche ou par l'intestin.

Les autres accidents de phlébite, d'embolies septiques, de septicémie ou de suppurations profondes réclament une médication appropriée; ils échappent malheureusement à l'intervention si efficace dirigée vers la cavité utérine au début de l'infection puerpérale.

Si l'histoire du streptocoque trouvé dans la fièvre puerpérale m'a permis de vous faire comprendre le mécanisme de l'infection et ses variétés, vous serez conduits à la conclusion: Au début de l'infection puerpérale, le pronostic est tout entier dans le savoir et l'énergie du médecin qui soigne l'accouchée.

Mais si la thérapeutique est efficace et vraiment scientifique, c'est à la prophylaxie qu'il faut donner tous ses soins. On peut appliquer à l'infection puerpérale le mot du professeur Brouardel: « Il est plus facile d'empêcher 100 personnes de mourir de la fièvre typhoïde que d'en guérir une seule ».

Il faut, dans les accouchements, ne pas se contenter de la propreté et de l'eau bouillie, mais employer les antiseptiques. Depuis 1878, les médecins et les sages-femmes dans l'Etat prussien sont tenus d'en faire usage, et voici, d'après la statistique récente d'Eberth (1), quel a été le résultat de cette loi sanitaire: de 1861 à 1887 il mourait à Berlin 1 femme sur 179 accouchées, et dans tous les Etats prussiens 1 sur 124.

De 1878 à 1887, depuis l'usage obligatoire des antiseptiques, il est mort à Berlin une femme sur 305 accouchées et dans tous les Etats prussiens 1 femme sur 171 accouchées. L'influence heureuse des antiseptiques est donc évidente, et d'autant plus manifeste qu'elle s'exerce dans une ville où la surveillance des sages-femmes est plus rigoureuse (2).

(1) *Zeitschrifft f. Gynæk.*, Bd. XVI.
(2) Ces leçons étaient rédigées quand a paru à l'Académie de médecine le remarquable rapport de M. Budin sur la nécessité d'autoriser les sages-femmes à faire usage d'antiseptiques.

École de médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Limoges.

Hygiène. — *Fièvre typhoïde à Dinan.* — Le ministre de la guerre a fait savoir que l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée dans le [illegible] de cavalerie de Dinan était terminée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique : Les Hôpitaux de province et l'encombrement des Hôpitaux de Paris.

Un certain nombre de journaux politiques ont publié la semaine dernière, l'information suivante, que nous avons nous-même reproduite dans notre dernier numéro, mais sur laquelle nous croyons nécessaire d'insister.

On a souvent constaté que les hôpitaux et hospices de Paris étaient encombrés, tandis que, dans un grand nombre de petites villes, il y avait de nombreux lits vacants. Afin de voir si l'on ne pourrait pas remédier à ces inconvénients en utilisant ces places, le ministre de l'intérieur a demandé aux préfets un relevé exact du nombre de lits existant dans tous les hôpitaux ou hospices de leur département, avec l'indication des lits inoccupés dans chaque établissement.

Pour toute personne un peu au courant de la situation des hôpitaux-hospices de province, cette enquête ne peut donner aucun résultat sérieux au point de vue du désencombrement des établissements hospitaliers de Paris. Le nombre des hôpitaux, dans les départements, est tout à fait insuffisant. Si dans quelques-uns il existe des lits vacants, ce n'est d'habitude qu'en petit nombre et souvent d'une façon temporaire, par exemple l'été, alors que les hôpitaux de Paris ne sont plus eux-mêmes encombrés. Inviter, par l'appât d'un bénéfice à tirer des malades ou des vieillards de Paris, les commissions administratives hospitalières à les recevoir, c'est aller à l'encontre d'une bonne assistance, c'est les pousser à se montrer encore plus difficiles pour les admissions des malheureux qu'elles ont le devoir de secourir. Ce n'est pas dans cette voie qu'il convient de marcher. Il faut au contraire encourager les hôpitaux-hospices municipaux de province à donner facilement satisfaction aux besoins des habitants malades et infirmes de la commune, et à recevoir, dans des conditions à déterminer, non pas ceux de Paris, mais ceux des communes du canton qu'en général on refuse d'hospitaliser. Il faut aussi conseiller aux commissions hospitalières de ne plus repousser les filles enceintes, les vénériens et les vénériennes contre lesquels existent encore des préjugés barbares.

Les promoteurs de cette singulière idée paraissent vouloir disposer des malades chroniques — car il ne peut [illegible] des personnes atteintes d'affections aiguës — et des vieillards, comme s'il s'agissait de criminels. Qui que ce soit ne peut les obliger à s'éloigner de Paris. L'expérience est faite d'ailleurs. L'Administration, contrairement aux conclusions de la commission de l'assistance publique du Conseil municipal, dont nous faisions alors partie, a acheté le château et le domaine de Brévannes situé à 4 ou 5 lieues de Paris. Eh bien, beaucoup de vieillards réclament leur retour [illegible] à Paris ou dans son voisinage, parce que leur séjour à Brévannes les sépare à peu près complètement de leurs familles et de leurs amis ; que ceux-ci ne peuvent [illegible] les [illegible]. Le devoir [illegible] est d'assister humainement les malheureux et de maintenir le plus possible les liens de la famille.

Les moyens de désencombrer les hôpitaux et hospices de Paris existent. Nous les avons souvent indiqués et nous résumons encore une fois les principaux d'entre eux : 1° Organisation sérieuse des consultations externes dans tous les établissements hospitaliers, sous la direction d'un médecin et d'un chirurgien du Bureau central, avec délivrance des médicaments, des bains, des douches, d'un *secours de maladie*, etc. ; — 2° surveillance attentive des secours à domicile. Ces réformes diminueraient notablement déjà l'encombrement des salles des hôpitaux où on ne recevrait plus les cas légers ; — 3° transport dans les hospices des malades atteints de maladies chroniques où ils coûteraient moins que dans les hôpitaux ; — 4° assistance dans leur famille des vieillards et de ceux des chroniques dont la maladie n'exige pas la présence constante d'une personne pour les soigner et qui peuvent encore aider, en leur donnant des *pensions représentatives du séjour* à l'hospice — ce qui donnerait, dans les hospices, des lits disponibles pour les chroniques qui ont besoin de secours médicaux réguliers (cancéreux, etc.) ou dont la maladie (paralysie, ataxie, etc.) nécessite la présence permanente de l'un des membres de la famille.

Ces réformes réalisées — et elles peuvent l'être facilement, — on se rendrait un compte exact de la situation et on verrait s'il est nécessaire — et dans quelle mesure — de créer de nouveaux hôpitaux ou de nouveaux hospices. B.

Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine.

Dans un travail fort bien conçu, fait au laboratoire de M. le Pr Straus, sur la *bactériologie des angines pseudo-diphtériques de la scarlatine*, MM. Bourges et Wurtz sont arrivés à des conclusions très intéressantes et d'un réel intérêt au point de vue pratique. Les cas qu'ils ont étudiés à l'hôpital Trousseau se rapportent à des enfants scarlatineux et que la gravité des angines précoces dont ils étaient atteints avait fait évacuer dans le pavillon de la diphtérie. L'examen bactériologique des fausses membranes révéla, dans tous les cas (9), la présence du Streptococcus pyogenes à l'état de pureté ou associé à d'autres microbes de la suppuration. Dans aucun de ces cas, les auteurs ne purent isoler le bacille spécifique de la diphtérie, le bacille de Klebs-Löffler. Au contraire, dans deux cas d'angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine, ce bacille existait dans les fausses membranes. Un des enfants, atteint de l'angine à Streptocoques, prit secondairement le croup dans le pavillon de la diphtérie et succomba. MM. Wurtz et Bourges posent donc la conclusion suivante : L'angine précoce de la scarlatine, quelle que soit la gravité apparente des symptômes, n'est pas, dans la très grande majorité des cas, de nature diphtérique. Il importe donc de ne pas évacuer les enfants qui en sont atteints dans le pavillon des diphtériques, où on les expose à contracter [illegible] qu'ils n'ont pas.

Monument Depaul. — On [illegible] au Pr Depaul à Morlaas (Basses-Pyrénées). Adresser les [illegible] à M. le Dr [illegible], 66, rue de Miromesnil

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Française d'Ophtalmologie.

CONGRÈS DE PARIS 1890 (8e *Session*).

Séance du lundi 5 mai 1890.

M. le Pr PANAS, président de la Société française d'Ophtalmologie, souhaite la bienvenue aux nombreux membres qui ont répondu à l'appel du Comité. Il rend hommage à la mémoire de MM. Otto Becker et Cuignet, et appelle au fauteuil de la présidence, pour la séance du jour, M. Nordenson.

Traitement de la fistule lacrymale.

M. VENNEMAN (de Louvain). — Depuis bientôt cinq ans je traite la fistule lacrymale par les cautérisations à l'*acide lactique*. Toutes les fistules anciennes ou récentes se sont fermées rapidement. L'acide lactique a cet avantage de limiter son action destructive ou cautérisante aux tissus caducs. Employé à dose convenable, il respecte les tissus de vitalité normale. Un minuscule tampon d'ouate et une petite mèche de gaze imprégnés d'acide lactique sont introduits dans l'ouverture cutanée et poussés aussi profondément que possible. Une croûte dure se forme rapidement sous l'ouverture cutanée et ferme la fistule qui se cicatrise.

M. GRANDCLÉMENT (de Lyon). — On peut quelquefois pénétrer avec le tampon dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'introduis habituellement une sonde qui me sert de conduite et j'emploie le nitrate d'argent.

Valeur de l'élongation des points lacrymaux.

M. GILLET DE GRANDMONT. — Dans les affections lacrymales, la division des points et des canaux lacrymaux est le plus souvent inutile et elle peut, avec avantage, être remplacée par la dilatation. Les sondes métalliques doivent être évitées chaque fois qu'il n'existe pas de rétrécissement organique des voies lacrymales, et remplacées par les irrigations antiseptiques qui offrent le double avantage de dilater les conduits et de les stériliser. Quand les conduits lacrymaux ne présentent pas de rétrécissement organique dans leur continuité, il faut s'assurer si l'orifice inférieur du canal nasal n'est point obstrué par la muqueuse du cornet. Dans le cas d'une occlusion mécanique, il faut pratiquer la cautérisation du cornet et combattre par les irrigations antiseptiques, oculaires et nasales, la propagation au canal lacrymal des micro-organismes des fosses nasales.

M. ARMAIGNAC (de Bordeaux). — Depuis dix ans je n'ai pas ouvert un point lacrymal. Cette opération me paraît une mutilation inutile.

M. GALEZOWSKI. — Il est important de faire le diagnostic de la cause du rétrécissement par les injections. Quand l'injection revient en partie par le point supérieur, le rétrécissement siège à l'entrée du sac. Dans ces cas je ne passe pas de sondes. La dilatation seule suffit après avoir fait une petite incision.

M. SUAREZ (d'Angers). — Les sondes en baleine sont préférables aux sondes métalliques. Elles sont plus flexibles et ne donnent pas d'écoulement de sang.

M. TERSON (de Toulouse). — Un grand nombre de cas sont rebelles aux divers traitements. Il serait à désirer que l'on trouvât quelque chose de nouveau. On peut utilement dilater les points lacrymaux, mais on doit éviter toute mutilation inutile.

M. VACHER (d'Orléans). — Dans les cas de larmoiement simple, il faut regarder s'il n'y a pas éversion du point lacrymal. En présence d'une suppuration, l'examen de l'entrée du canal par le nez est indispensable.

M. ABADIE. — Généralement, on ne fait pas assez l'extirpation de la glande lacrymale qui, dans certains cas, trouve son application. Comme M. Gillet, je fais des injections d'huile de cade iodoformée qui m'ont déjà donné des résultats satisfaisants pour combattre l'état catarrhal.

M. MARTIN (de Bordeaux). — Plusieurs séances d'électrolyse peuvent améliorer un larmoiement persistant.

Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents.

M. GRANDCLÉMENT (de Lyon). — En 1886, notre collègue, M. Parinaud, a, le premier, signalé et décrit la paralysie essentielle de la convergence chez les adultes et les vieillards. Aujourd'hui, je viens vous signaler la même affection, mais temporaire chez les adolescents. Ici, elle apparaît vers l'âge de la puberté, entre 13 et 14 ans, et ressemble d'abord à une simple insuffisance des droits internes. Puis elle continue à progresser jusqu'à l'impuissance absolue de ces muscles pour la convergence seulement, l'adduction restant intacte, bien entendu. Chemin faisant, elle s'accompagne d'une paresse plus ou moins grande de l'accommodation et du réflexe pupillaire d'accommodation. Mais, plus tard, vers l'âge de 18 ans, tous les phénomènes rétrogradent pour disparaître totalement vers l'âge de 21 ans. C'est ainsi qu'ont évolué les faits chez un des trois malades que j'ai observés.

M. PARINAUD. — La paralysie comme la contracture de la convergence peuvent, en effet, être temporaires chez les jeunes sujets, et les faits que signale M. Grandclement sont surtout intéressants au point de vue des rapports de la paralysie de la convergence avec ce que nous appelons l'insuffisance des droits internes. A vrai dire, je ne crois pas à l'insuffisance des muscles, c'est-à-dire à un trouble ayant sa cause dans une faiblesse congénitale du muscle lui-même. Ce que nous considérons comme de l'insuffisance des muscles est de l'insuffisance de l'innervation de ces muscles pour la convergence, l'innervation de ces mêmes muscles pouvant être normale pour les mouvements de latéralité. En d'autres termes, le trouble que nous localisons dans les muscles a son siège dans le cerveau. Aussi arrive-t-il qu'après une ténotomie des droits externes on détermine un excès de convergence sans guérir l'asthénopie. J'ai vu un malade opéré par un confrère qui pouvait converger jusqu'à faire entrecroiser ses axes sur le dos du nez. Cependant, quand on le faisait fixer à 30 centimètres, en recouvrant alternativement chaque œil, on observait le redressement en dedans de l'œil couvert, caractéristique de l'insuffisance. De fait, il avait conservé son asthénopie et on lui avait prescrit, pour y remédier, des prismes d'une force exceptionnelle de 8° pour chaque œil. Du reste, on peut observer le même fait en dehors de toute opération. Des individus, par un effort de volonté, peuvent converger d'une manière excessive, tout en ayant dans la fixation à 25 ou 30 centimètres les symptômes de l'insuffisance. Outre la distinction entre l'innervation des droits internes pour la convergence, et pour les mouvements de latéralité, il y aurait une nouvelle distinction à établir entre l'innervation volontaire de convergence et l'innervation fonctionnelle ou inconsciente. Cette innervation de la convergence a une importance plus générale encore, car elle tient sous sa dépendance toute la pathogénie du strabisme (c'est une question que j'ai traitée dans une communication à l'Académie des sciences et sur laquelle j'aurai à revenir).

M. DE WECKER. — L'insuffisance des droits internes existera toujours dans les cas de myopie par un développement excessif de l'axe antéro-postérieur. M. Parinaud ne fait-il pas erreur quand il parle de prismes de 8° qui auraient été prescrits ?

M. LANDOLT. — Il n'y a pas de doute qu'il existe une paralysie de la convergence, mais il y a aussi une parésie des droits internes, et il est facile d'établir le diagnostic différentiel par un défaut de motilité du champ de fixation du côté nasal. Dans un strabisme divergent sans paralysie, de 30°, il est très limité.

M. MEYER. — L'insuffisance des droits internes ne saurait être mise en doute. M. Parinaud paraît confondre un essai volontaire momentané, toujours plus considérable, avec ce que le muscle peut faire habituellement.

M. PARINAUD. — Il faut évidemment mettre à part les faits où le défaut de convergence résulte d'un obstacle mécanique, tel que l'exophtalmie ou l'allongement du globe. Même dans ces cas, d'ailleurs, la faiblesse congénitale du muscle n'a rien à faire. Je trouve, comme M. de Wecker, un peu anormale la

prescription de prismes de 8° pour chaque œil, mais le malade auquel j'ai fait allusion avait été opéré précisément par M. de Wecker, et les prismes ont été prescrits, sinon par lui, du moins à sa clinique.

Rapport sur l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers.

M. COPPEZ (de Bruxelles). — L'étude de la question des traumatismes de l'œil avec pénétration de corps étrangers est de date récente. Avec les progrès de l'industrie qui nécessitent la création de nombreuses fabriques, le nombre des accidents oculaires dus à des fragments de minerai ou de métaux tend à s'accroître. D'après la statistique de Cahn, Magnus, les blessures pénétrantes du globe oculaire avec ou sans corps étranger fournissent le dixième des aveugles. Les statistiques et mes observations personnelles démontrent que la présence d'un corps étranger dans l'œil est une chose très grave pour cet œil, parfois aussi pour son congénère, et qu'il importe de savoir au plus vite, quand nous sommes en présence d'un traumatisme oculaire, si le corps vulnérant est logé dans l'intérieur du globe. Pour arriver au diagnostic, il est bon de tenir compte des renseignements donnés par le blessé au moment de l'accident, de s'enquérir du corps vulnérant, de sa nature, de son volume et de sa compensation chimique; était-il propre, aseptique? dans quelle direction a-t-il frappé l'œil et avec quelle force? Au moment de l'accident, l'œil est mou, plus tard il est plus dur qu'à l'état normal.

Si la plaie est petite, linéaire, à bords bien nets et produite par un fragment de métal, on pourra être sûr que le corps étranger est dans l'œil. A l'éclairage oblique, on pourra apercevoir les traces de son passage dans la cornée, la sclérotique, l'iris et même le cristallin. Si le corps étranger est dans les milieux transparents, le miroir ophtalmoscopique rendra de grands services. Mais s'ils sont troubles, on peut soupçonner son existence par la disproportion entre les traces de la blessure et les accidents inflammatoires. L'existence d'iritis et d'irido-choroïdite chronique peuvent souvent mettre sur la voie du diagnostic, tandis que des corps étrangers volumineux peuvent passer inaperçus. Le sondage de la plaie peut donner de précieux renseignements. On l'emploiera si la vision est déjà perdue et si la cicatrisation ne s'est pas faite. J'ai cherché à vérifier les assertions de Pooley et de Hirsberg sur la valeur de l'aiguille aimantée. L'application de la boussole sur des yeux énucléés contenant des parcelles métalliques nous a donné, dans certains cas, des résultats, et dans d'autres, l'aiguille n'a subi aucune déviation. Mais là où la boussole avait échoué, j'ai obtenu des résultats positifs avec les galvanomètres de Thomson et de Wideman. Ils m'ont permis plusieurs fois de déceler sur le vivant la présence de corps métalliques du poids de quelques milligrammes. Comme Mac-Hardi, j'ai observé que l'application d'un électro-aimant provoque, quand on fait passer le courant, des douleurs si l'œil renferme un corps magnétique, si toutefois il n'est pas enkysté. Les corps étrangers logés dans la chambre antérieure de l'iris peuvent s'y enkyster et la vision rester normale. Si par leur nature chimique ou l'introduction de germes sceptiques ils déterminent des accidents inflammatoires, il faut alors avoir recours à l'énucléation. En présence d'un malade avec une blessure de l'œil par un corps étranger, l'indication est formelle: il faut tâcher de le débarrasser le plus tôt possible, soit à l'aide de l'électro-aimant de Hirschberg, si le corps est métallique et libre d'adhérences, soit à l'aide de curettes ou de pinces, après avoir agrandi la plaie, si cela est nécessaire. Souvent l'on devra faire l'excision de la portion irienne où se trouve logé le corps étranger. Si la blessure a produit un prolapsus de l'iris, je suis d'avis, avec d'autres chirurgiens, d'attendre que les symptômes inflammatoires soient passés. On devra également s'en tenir aux mêmes réserves et même se passer de l'intervention si le corps est enkysté dans la chambre antérieure. Les corps métalliques peuvent pénétrer dans le cristallin, soit directement, soit par la sclérotique. S'ils sont en fer, ils donnent au cristallin une couleur de rouille qui met sur la voie du diagnostic.

La cataracte qui se forme ensuite peut rester incomplète. Si la plaie faite à la cristalloïde ne s'est pas refermée, il en résulte un gonflement des masses corticales qui peut développer des accidents glaucomateux pour lesquels une iridectomie est nécessaire. Si l'on peut voir le malade de suite après l'accident, tous les efforts doivent tendre à attirer le corps dans la chambre antérieure. Dans le cas contraire, surtout si le cristallin est opaque, il est préférable de faire l'extraction. Chez un jeune garçon, j'ai pu très facilement faire l'extraction à l'aide d'une seringue aspiratrice. Dans plus des deux tiers des cas, le corps vulnérant s'était fixé dans l'humeur vitrée, la région ciliaire, deux fois entre la rétine et la choroïde dans le nerf optique et sa gaine. Suivant son volume, l'endroit d'entrée, son degré de propreté, sa composition chimique, la place qu'il occupe, il détermine des désordres variables en intensité et en gravité.

Le diagnostic se fait aisément à l'aide de l'ophtalmoscope, si le corps étranger est dans le corps vitré. Si les milieux sont troubles, sa présence peut se révéler par les signes irritatifs qu'il développe. Ce ne sont pas les seuls accidents qu'il développe; plus tard, une irido-cyclite et une ophtalmie sympathique peuvent se déclarer.

Avant de poser la question du pronostic, il faut savoir s'il a pénétré vierge de tout germe, et quelle est sa composition chimique. Ces indications seront aussi nécessaires pour le traitement. Le premier soin doit être de soustraire l'œil blessé aux agents infectieux de l'extérieur par une antisepsie rigoureuse. Si la plaie scléroticale est d'une certaine étendue, on devra faire la suture. Si le corps étranger a pénétré par la région scléro-cornéenne et qu'on ait à redouter une panophtalmie, il vaut mieux, à mon avis, pratiquer l'énucléation immédiate. Si le traumatisme est modéré, si les milieux ont conservé leur transparence, on peut, par une incision scléroticale, saisir facilement et amener au dehors le corps étranger. Dans le cas où les milieux de l'œil sont troubles et le cristallin cataracté, il est difficile d'établir la localisation du siège du corps étranger; les tentatives d'extraction quelles qu'elles soient devraient être abandonnées. Non seulement elles sont infructueuses, mais désastreuses pour l'autre œil; l'énucléation est préférable. J'ai à regretter de ne pas avoir assez insisté, auprès de certains malades, sur la nécessité de l'énucléation immédiate et d'avoir attendu l'éclosion des symptômes d'inflammation. On se trouve plus embarrassé quand le corps étranger est enkysté depuis longtemps et que la forme de l'œil est bien conservée. Quand aucun phénomène réactionnel ne se déclare, et qu'une simple irritation ne se montre qu'à de très rares intervalles, je ne puis plus être aussi affirmatif sur l'opportunité de l'énucléation. Cependant, le champ reste ouvert à l'étude de ce côté de la question. Je dois encore faire de prudentes réserves en présence d'un œil porteur d'un corps étranger, qui a conservé une vision assez bonne, mais qui est la cause de phénomènes sympathiques. C'est assumer une grande responsabilité que de faire l'énucléation de cet œil quand on n'est pas certain de pouvoir conserver le congénère déjà sympathisé. Quand on soupçonne une infection de la plaie à la malignité des symptômes, il ne faut pas attendre pour faire l'énucléation que l'infiltration papillaire et les troubles du corps vitré se révèlent à l'ophtalmoscope. Dans ce genre d'ophtalmie sympathique, mieux appelée ophtalmie migratrice, le second œil ne tarde pas à posséder les germes infectieux.

L'énucléation tardive ne peut pas arrêter les accidents. Les partisans les plus modérés de l'électro-aimant sont d'avis qu'on ne peut obtenir un résultat favorable que si le corps étranger est logé dans l'œil depuis peu de temps. De plus, ils exigent que les milieux intra-oculaires soient transparents et qu'on n'aille pas augmenter les chances d'insuccès par un autre traumatisme, nouvelle porte ouverte aux germes infectieux. Les mêmes réserves s'appliquent aux cas où les régions atteintes sont très délabrées. Il faut se souvenir que l'extraction d'un corps étranger est toujours une opération grave. Pour les partisans acharnés de l'électro-aimant, il n'y aurait pas de contre-indication à son emploi, même quand le corps étranger est placé entre la rétine et la choroïde. Ils vantent, comme une conquête chirurgicale applicable à tous les cas, ce procédé opératoire qui se termine par une suture bien faite de la plaie sclérale. Ces opérations perdront de leur vogue quand on aura reconnu, avec M. de Wecker, que la sclérotique ne supporte pas des incisions d'une certaine étendue. Dans beaucoup de cas que j'ai observés, il m'a été facile de constater l'enkystement du corps étranger, et que, par les solides adhérences qu'il avait contractées avec les parties voisines, aucun aimant, ni électro-aimant, ne serait parvenu à l'ébranler de sa position, et encore bien moins à l'amener au dehors. La seule intervention radicale était l'énucléation.

M. DE WECKER. — Un rapport doit envisager l'état actuel d'une question. Dans son travail, fort remarquable, du reste, qui est le résultat de l'observation personnelle, M. Coppez n'a pas répondu à ce desideratum. L'énucléation n'est justifiée que quand le congénère est menacé ou atteint d'ophtalmie migratrice. On peut traiter par des ponctions et des tatouages des yeux paraissant destinés à l'énucléation.

M. ABADIE. — La gravité des cas est d'autant plus grande que le corps étranger est plus petit. Il faut intervenir rapidement, surtout quand il s'agit du plomb et du cuivre, sans craindre de faire les plus grands délabrements possibles. A l'aide d'injections avec une solution de sublimé à 1/500, j'ai pu enrayer la marche de l'ophtalmie migratrice en détruisant les microbes sur place.

M. PARINAUD. — Il est difficile d'établir une ligne générale de conduite, à cause des nombreuses éventualités qui peuvent se produire. Si le corps est dans l'iris, je fais une large incision dans la cornée et j'excise la portion irienne qui vient s'interposer. S'il s'agit de corps métallique siégeant dans le cristallin ou ailleurs, je suis partisan de la temporisation.

M. Galezowski. — Si l'on peut avoir la preuve de la présence du corps étranger, il faut chercher à l'extraire à l'aide de l'aimant ou d'une pince, après avoir fait une large incision à la sclérotique.

M. Teillais (de Nantes). — L'enkystement des corps étrangers dans la chambre antérieure peut se faire sans déterminer de réaction, même pendant plusieurs années.

M. Gillet. — La cautérisation du trajet fistuleux sera une bonne précaution à prendre, car ces corps étrangers peuvent contenir des microorganismes.

M. Vacher. — Leur présence est parfaitement tolérée, même quand ils sont très volumineux, pourvu qu'ils ne renferment pas de germes infectieux.

M. Motais (d'Angers). — Les accidents sont trop variés pour qu'on puisse prendre une règle générale. Ils doivent être laissés à la libre appréciation de chacun.

Appareil fascinateur.

M. de Wecker. — On a jusqu'ici trop négligé, dans notre spécialité, les moyens curatifs employés par d'autres confrères pour les maladies nerveuses. M. Luys a employé l'action des miroirs rotatifs sur trois sujets atteints de blépharospame et a déterminé la guérison. Il a également obtenu une amélioration notable dans les troubles subjectifs de la vue dépendant d'un état nerveux. Cette action se produit par irradiation lumineuse. Aussi, dans mon appareil fascinateur, j'ai maintenu la mire lumineuse et adjoint un miroir rotatif perfectionné. Les malades font devant l'appareil des séances de vingt minutes à une demi-heure, sans insister pour les rendre aptes à la suggestion. Pendant toute la durée de la séance, les malades tiennent le regard immobilisé et en convergence sur la mire, tout en se trouvant soumis ainsi à l'action d'une irradiation continuelle. Il n'est pas douteux que ce moyen de fascination n'exerce en réalité une puissante action. Chez un jeune garçon, quelques séances de fascination ont fait disparaître un blépharospasme et une hémichorée dont il était atteint. Je me réserve de vous entretenir, ultérieurement, de l'utilité de la fascination en thérapeutique oculaire.

M. Gillet. — Pour obtenir les phénomènes dont vient de parler M. de Wecker, il n'est pas besoin de recourir à ce moyen, la suggestion suffit.

M. Guende. — J'ai observé un malade guéri en quelques séances d'hypnotisme d'un blépharospasme rebelle.

M. Kalt. — Dans l'hystérie on obtient tout avec tout. Mais ces guérisons sont temporaires. Des blépharospasmes, qui résistent à tous les traitements, ne pourraient pas être définitivement guéris par la suggestion.

M. de Wecker. — Je considère ce procédé comme une simple gymnastique. Je tiens moins au miroir qu'à la mire et à la continuation de la fixation.

Séance du 6 mai 1890. — Présidence de M. Terson (de Toulouse).

Des principaux antiseptiques employés en chirurgie oculaire et de leur action comparative.

M. Vacher. — Dans un grand nombre d'opérations l'eau distillée bouillie peut suffire, mais il est des cas où il faut employer un médicament antiseptique. A chaque affection on devrait pouvoir opposer une substance microbicide correspondante. J'ai obtenu les meilleurs résultats avec les solutions de sublimé, d'iodure double, de mercure et de sodium. J'expérimente en ce moment les solutions de salicylate de mercure. Quelques chirurgiens ont une étuve à air sec ; l'eau bouillie donne aux instruments une antisepsie suffisante.

M. Motais. — Les étuves sèches ne sont pas assez employées en chirurgie spéciale. La désinfection des instruments à 140° peut se faire sans altération du tranchant des instruments.

M. Bettremieux. — Le crayon au sublimé avec le beurre de cacao est préférable à l'emploi des solutions.

M. Dufour. — J'ai vu, chez un malade de Horner, atteint de ptérygion, survenir une nécrose de la cornée, grâce à une petite ulcération de la cornée.

M. Abadie. — Les hautes températures n'ont pas d'influence sur le tranchant des instruments. Leur stérilisation est des plus importantes, car c'est par eux que peut se faire l'infection.

Traitement de la kératite à hypopion.

M. Bettremieux (de Somain). — Les méthodes employées dans cette affection ne paraissent pas avoir donné des résultats définitifs. L'antisepsie des voies lacrymales et l'incision de Sœmisch ne suffisent pas à arrêter la suppuration. L'iridectomie peut, au contraire, donner d'excellents résultats. Cette opération est bien supportée, même quand la chambre antérieure est pleine de pus. Il faut ajouter encore l'action antiseptique de l'iridectomie. Enfin, pour l'avenir, on crée en même temps une pupille artificielle destinée à améliorer la vision, surtout si les opacités de la cornée sont étendues.

M. Dufour. — Il y a 15 ou 20 ans que l'iridectomie a été faite dans ces formes de kératites. Elle ne saurait remplacer l'opération de Sœmisch.

M. Dor (de Lyon) présente, au nom de M. Raphaël Dubois, des photographies et des courbes représentant l'action des lumières blanches et colorées sur un mollusque bivalve, la Pholade, qui est dépourvu d'yeux.

M. Panas. — La seule partie contractile consiste dans les cônes et bâtonnets, tandis que le corps de la cellule visuelle serait une cellule nerveuse véritable.

M. Parinaud demande si on a noté des différences dans les courbes avec des lumières de refrangibilité différente.

M. Dor. — Vous pouvez constater qu'il y a des différences dans les courbes.

Des cataractes secondaires au point de vue opératoire.

M. Dufour (de Lausanne) lit un rapport dont voici les principales conclusions : 1° L'opération de la cataracte secondaire n'est justifiée que si elle est garantie absolument contre des conséquences fâcheuses. 2° Dans l'état actuel de la science elle peut être pratiquée dans des conditions telles que toute chance d'infection est écartée. Toutefois on prendra garde aux causes possibles d'infection interne. 3° Elle n'est indiquée que lorsque la vision est inférieure à 20/50, s'il y a dans la pupille une pellicule susceptible d'expliquer cette diminution de vision. 4° Il faut conseiller de retarder au moins à 6 ou 7 semaines après l'extraction le moment d'opérer la cataracte secondaire. 5° Celle-ci sera écartée par l'aiguille à arrêt si la pellicule est simple ; par le couteau de Grœfe s'il y a des adhérences iritiques, enfin par la pince-ciseau de de Wecker pour la cataracte secondaire inodulaire. 6° Dans l'opération simple, il importe que l'aiguille à arrêt n'ait pas la forme d'une lance avec des faces latérales angulaires, mais que ces angles soient arrondis de façon à ne pas risquer d'entraîner avec elle des lambeaux capsulaires dans la plaie cornéale.

M. Panas. — Pour les membranules la simple aiguille à arrêt suffit. Pour les cataractes secondaires vraies, je fais l'extraction à l'aide d'une pince que j'introduis par l'ancienne cicatrice de la cornée. L'opération ne présente aucun danger et ne produit aucune réaction. Il n'en est pas de même des aiguilles de Bowman avec lesquelles on ne triture pas impunément le corps vitré. Dans les cas d'occlusion de la pupille par les membranes organisées adhérentes, je pratique l'irido-capsulotomie avec les pinces-ciseaux de de Wecker, en ayant soin de faire la section perpendiculaire à l'ancienne incision.

M. de Wecker. — On peut remettre la discision à deux mois, car l'acuité visuelle remonte toujours après l'extraction de la cataracte. Il y a un danger à opérer trop tôt ; les cicatrices que l'on provoque ainsi amènent un décollement. La section doit se faire verticalement et non parallèlement, et il ne faut pas hésiter d'entrer dans l'iris.

M. Martin. — J'emploie toujours la serpette de Knapp que je trouve supérieure à l'aiguille. J'obtiens toujours des acuités égales à l'unité ou voisines d'elle. Ceci s'explique, car normalement l'acuité est toujours supérieure à 1 avec la correction parfaite de l'astigmatisme.

M. Suarez. — Dans les cas d'irido-choroïdite, avec obstruction de la pupille, je pratique toujours deux incisions opposées dans le diamètre transversal de la cornée par lesquelles j'introduis les pinces-ciseaux. La section ainsi obtenue donne une ouverture pupillaire triangulaire.

M. Galezowski. — Je suis de l'avis de M. de Wecker en ce qui concerne l'éloignement de l'époque à laquelle on doit faire la discision. Je me sers pour celle-ci d'une aiguille serpette dont la branche a exactement le même diamètre, et je la dirige dans plusieurs directions. La sertelle de Desmares est également très avantageuse pour l'extraction.

M. Motais. — Les instillations d'atropine quelques jours avant l'opération sont très utiles. Je fais la section avec la pince de de Wecker que j'introduis à un demi-millimètre du bord de l'iris.

M. Lassalle (de Villefranche). — Les explications que nous venons d'entendre ne nous éclairent pas sur la conduite à tenir dans les cataractes secondaires tardives.

M. Panas. — On doit toujours donner le temps aux cataractes secondaires de s'organiser.

M. Terson. — J'ai modifié l'instrument de de Wecker en lui donnant une courbure qui permet de saisir plus facilement le lambeau.

M. Parent. — L'œil aphaque corrigé et l'œil normal sont des yeux qui, optiniquement, sont absolument différents.

M. Meyer. — L'emploi d'un crochet permet de saisir les membranules les plus ténues.

M. Panas. — La difficulté qu'il y a à retirer le crochet ordinaire dont la pointe est souvent arrêtée m'a fait songer à le remplacer par celui d'Ammon.

Pathogénie des mydriases essentielles.

M. de Lapersonne (de Lille). — On peut rapporter, sans aucun doute, certains cas de mydriase qui sont dus à l'irritation du sympathique, à une action suspensive, à l'inhibition du sphincter de l'iris par les fibres gassériennes du grand sympathique. L'existence d'un muscle dilatateur n'est pas démontrée, malgré les expériences qui ont été tentées dans ce sens. Son intervention n'est nullement nécessaire. Les faits que j'ai observés viennent confirmer la thèse de Franck sur les mouvements de la pupille.

M. Meyer. — Comment M. de Lapersonne expliquera-t-il la dilatation qui se produit par l'action suspensive de l'inhibition due au sympathique dans la paralysie de la troisième paire, par l'atropine.

M. de Lapersonne. — Il n'y a pas une paralysie complète du sphincter irien.

M. Panas. — Dans un certain nombre de sections intra-crâniennes de la troisième paire que j'ai pratiquées, j'ai pu encore augmenter la dilatation au moyen de l'atropine. Les fibres musculaires ne perdent pas leur action nerveuse périphérique. On peut encore invoquer l'action des vaisseaux. L'hyperhémie amène le rétrécissement de la pupille, l'anémie l'élargit. La dilatation est alors une surparalysie.

Présentation d'une malade opérée depuis 7 mois d'un tubercule de l'iris.

M. Terson présente au Congrès une jeune malade qu'il a opérée d'un tubercule de l'iris. Les difficultés que pouvait présenter le diagnostic se trouvaient singulièrement aplanies par la coexistence de lésions cutanées scrofuleuses, et la jeunesse du sujet. Le tubercule se trouvait situé à la périphérie de l'iris et dans son segment externe. J'en ai fait l'excision. Peu après l'opération, l'acuité visuelle s'est beaucoup améliorée, et il n'y a pas eu de réaction inflammatoire. Le fond de l'œil est normal. M. Jeannel a inoculé des parcelles du granulome à deux cobayes. Ceux-ci ont été atteints de tuberculose plus ou moins généralisée et on a pu constater la présence de bacilles caractéristiques. Une inoculation à un nouveau cobaye et à un lapin, avec des parcelles de tubercules prises sur les premiers cobayes, a confirmé d'une manière évidente les premières constatations. Ce fait démontre l'existence d'une forme de tuberculose discrète de l'iris qui peut amener des troubles fonctionnels graves et qui nécessite l'intervention. Quand la tumeur a pris naissance à la périphérie de l'iris, il y a lieu de temporiser un peu, car il faut éviter de la fragmenter. L'énucléation de l'œil devra être systématiquement rejetée, parce qu'elle ne saurait empêcher la généralisation de la tuberculose. D'ailleurs elle ne se produit pas fatalement.

M. de Wecker. — L'excision partielle peut être favorable. La question à poser est celle-ci : Faut-il enlever un œil contaminé ? La circulation de l'œil se prête peu au rayonnement de l'infection. Dans deux cas je me suis opposé à l'énucléation ; ces deux cas ont été suivis d'une amélioration notable. Je crois qu'il faut intervenir quand le tubercule est circonscrit et s'abstenir quand il y a généralisation de la maladie.

M. Coppez. — L'opération de de Wecker prouve que les tubercules de l'iris peuvent disparaître, mais l'excision donne de l'irritation.

M. Galezowski. — En alternant plusieurs paracentèses avec les frictions mercurielles, on peut faire disparaître le tubercule.

M. Parinaud. — J'ai présenté à la *Société de Chirurgie*, en 1879, le premier cas constaté de tubercule de l'iris. Les granulations, d'abord grises, deviennent jaunes, se développent, puis se flétrissent. Il peut alors se former dans la chambre antérieure un dépôt de matière tuberculeuse, simulant un hypopion. L'indolence absolue est un caractère de l'infection. Les deux malades que j'ai observés sont morts deux ans après de phtisie. L'intervention chirurgicale se trouvait parfaitement justifiée, puisque ces tuberculoses sont souvent primitives.

Deux cas d'ophtalmie sympathique.

M. Teillais (de Nantes). — Les faits que j'ai observés prouvent que quelques corps étrangers peuvent rester dans la région ciliaire sans produire d'accidents. L'ophtalmie sympathique se développe à l'occasion d'un traumatisme bénin, sans que l'on puisse expliquer cette complication par la présence d'un agent infectieux. On doit donc maintenir l'existence d'une ophtalmie sympathique, d'origine ciliaire. Du reste sa marche est complètement différente de celle de l'ophtalmie infectieuse.

M. Abadie. — Il ne faut pas faire table rase de l'ophtalmie sympathique d'origine ciliaire. On la voit survenir quand, au bout de 20 ans, survient une coque osseuse. Cette forme, dite irritative, doit être maintenue en clinique, c'est à elle que doit s'adresser l'énucléation, insuffisante dans l'ophtalmie migratrice.

M. Boucheron. — Chez un malade blessé par un grain de plomb, 30 ans auparavant, et chez lequel s'est développée une ossification de la choroïde, j'ai constaté une névrite des nerfs ciliaires, caractérisée par une transformation particulière des tubes nerveux. Il y a donc lieu de conserver la section *optico-ciliaire.*

Séance du 7 mai. — Présidence de M. de Wecker.

Du délire après l'opération de la cataracte.

M. Parinaud. — J'ai observé trois fois cette grave complication signalée depuis longtemps par Sichel, de Græfe, Warlamont. Chez nos malades, on ne pouvait l'attribuer ni à l'usage de l'atropine, ni à l'alcoolisme. Ce délire, qui a tous les caractères de l'excitation maniaque, suppose chez les sujets, une forte prédisposition ; chez un malade il s'est produit après l'opération de chaque œil. L'opération ne peut intervenir par la préoccupation qu'elle cause et par l'occlusion des yeux. Dans un premier cas, l'œil, après deux ruptures de la cicatrice, s'atrophia. Dans les deux autres, des précautions ayant été prises pour que le malade ne puisse se blesser l'œil, le résultat de l'opération fut très satisfaisant. Ces faits démontrent que les précautions que nous prenons après l'opération de la cataracte sont peut-être excessives.

M. Grandclément. — J'ai observé chez une femme de 86 ans du délire avec sécheresse de la gorge le lendemain de l'opération, qui a cessé après la suppression de l'atropine.

M. Chibret. — L'alcoolisme prédispose les sujets à avoir du délire.

M. Armagnac. — J'ai vu souvent le délire se calmer par la suppression du bandeau.

M. Galezowski. — L'atropine est la seule cause qui puisse amener de pareils accidents.

M. Parinaud. — Je ne conteste pas d'une manière absolue l'influence de l'atropine et de l'alcoolisme. J'affirme seulement que chez mes opérés cette influence n'était pas en cause.

Intervention chirurgicale dans les cyclites circonscrites et le décollement de la rétine.

M. Galezowski. — J'ai en vue les différentes variétés de cyclites, dont les unes se produisent par un épanchement séreux sous-rétinien, avec un décollement de la rétine consécutif, dont les autres provoquent des infiltrations séreuses des tissus internes avec développement ectatique considérable. Je combats le décollement par le procédé que vous connaissez. Lorsque le cercle ciliaire malade provoque

un décollement de la rétine, vous connaissez les altérations consécutives qu'il amène dans d'autres parties de l'œil, telles que cataracte, iritis, généralisation du décollement au reste du fond de l'œil et même l'atrophie du globe. Je n'y insiste pas, vous savez ce qu'on doit faire dans ces cas. Mais il arrive quelquefois que la cyclite amène une distention du globe oculaire, compression du nerf optique et excavation de la papille, quelquefois même une distention partielle de sclérotique, donnant lieu à un staphylome scléro-choroïdien, et souvent tellement grand qu'il gêne les mouvements de l'œil et force le chirurgien de pratiquer l'énucléation. Mes recherches m'ont prouvé au contraire qu'on peut sauver dans ces cas l'organe malade en excisant une partie de cette coque scléro-choroïdienne, et je suis parvenu à conserver le globe oculaire. Le malade que je vous ai présenté hier ici après la séance présentait justement cette tumeur scléro-choroïdienne à la surface du globe oculaire. La tumeur était volumineuse le nerf optique présentait une excavation et une atrophie consécutive. Pour conserver l'organe et éviter une énucléation, j'ai pratiqué l'excision du staphylome scléro-choroïdien par un procédé tout nouveau, dont je vous donne quelques détails. J'ai traversé la tumeur de droite à gauche, avec trois aiguilles courbes, et j'ai passé le couteau de Græfe de haut en bas et incisé la tumeur d'avant en arrière. J'ai ensuite tiré les aiguilles et passé les fils de catgut. Aujourd'hui, la plaie est en bonne voie de cicatrisation, l'œil est conservé intact. L'intérêt de cette opération est que j'ai pu enlever un large lambeau semi-elliptique de la paroi scléroticale en conservant au globe sa forme et sa vitalité. Je me propose d'employer un moyen analogue dans certaines variétés de décollement de la rétine.

Rapport sur le traitement de la myopie progressive et du choix des verres correcteurs dans cette affection.

M. Bravais donne sous formes de conclusions, qui ne sont pas des lois formes, le résumé de son rapport.

I. *Diagnostic*. Le degré seul de la réfraction ne peut suffire pour décider si une myopie restera ou non stationnaire. L'existence même du staphylome postérieur, ou le manque de netteté de sa délimitation, ne sont des indices ni certains, ni constants du caractère progressif de la myopie. Les autres signes *objectifs*, flocons du corps vitré, exagérations de la tension, et *subjectifs*, diminution de l'acuité, asthénopie et autres malaises douloureux doivent servir à compléter le diagnostic. II. *Étiologie*. Il faut admettre pour la myopie une *prédisposition*, et celle-ci le plus souvent est *héréditaire*. Dans les familles où règne donc la myopie, l'examen des enfants s'impose d'une manière toute particulière et de bonne heure. Il est incontestable que la cause *déterminante* principale de la progression de la myopie se trouve dans l'application *prolongée* de la vue, sur des objets *rapprochés* et de *petite dimension*. III. *Pathogénie*. Les facteurs principaux mis en jeu dans ces circonstances sont l'*accommodation* et la *convergence*, il vient s'y joindre pour les augmenter encore l'état congestif de l'œil, et la [illegible] de la rétine. Le travail imposé à l'accommodation par la vision rapprochée, peut occasionner le spasme du *muscle ciliaire* et comme conséquence soit simplement une myopie apparente et momentanée, que l'atropine fera cesser, soit plus lentement, un état de myopie vraiment progressive. L'atropine se trouvera donc indiquée : [illegible] seul [illegible] de [illegible] la [illegible] précise de la [illegible] fois pour combattre plus longuement un spasme [illegible] permanent et [illegible]. Plus important encore [illegible] influence de la *convergence* sur la progression de la myopie [illegible] muscles externes de l'œil qui pressent [illegible] sur le [illegible] [illegible] les agents de la déformation [illegible]. IV. *Traitement*. *La ténotomie du muscle droit* externe, qui amène la détente du globe et facilite la vision binoculaire [illegible] [illegible] des droits internes. [illegible] s'adresse [illegible] à la myopie progressive. La section [illegible] assez rationnelle, [illegible] montée. Lorsque la myopie s'accompagne de [illegible] postérieure, les troubles [illegible] les verres [illegible] [illegible] de tension intra-oculaire [illegible] [illegible] exceptionnel [illegible] [illegible] proches mais [illegible]

qui [illegible] [illegible] soient [illegible] durable que [illegible] force [illegible] serait [illegible] pour l'accommodation [illegible] pour la convergence [illegible] pour l'acuité visuelle [illegible] la santé générale. [illegible] 3 dioptries, des verres correcteurs [illegible] travail lorsque [illegible] convergence paresseuse. [illegible] facile l'acuité ne se trouve pas [illegible] temps [illegible] ne suffiront pas [illegible] verres prismatiques, [illegible] la divergence facultative [illegible] surtout 10°. Au dessus de cette [illegible] de divergence des prismes à base en dedans, [illegible] les myopes de [illegible] dioptries [illegible] sera généralement [illegible] accommodation [illegible] trans-portant [illegible] centimètres, suivant l'acuité visuelle. [illegible] dans ces hauts degrés [illegible] associés [illegible] [illegible] toujours corrigé [illegible] les plus élevés [illegible] vision [illegible] le choix [illegible] à la distance qui sera la plus [illegible] pour [illegible]

Traitement de la myopie progressive par le [illegible]

M. [illegible] Aucune amélioration dans le degré de la myopie ; 2° Arrêt de la progression de la myopie [illegible] chez 4, nul chez 2, [illegible] les malades [illegible] peu à peu de [illegible] 10 jusqu'à [illegible] et s'est maintenue [illegible] augmentée [illegible] pas [illegible] progression [illegible] de la myopie. Sur 2 autres, tous les symptômes [illegible] se sont aggravés rapidement [illegible]. Chez ces deux malades, chez lesquels la marche de la myopie est restée maligne, [illegible] dans un cas, jusqu'à [illegible] c'est-à-dire [illegible] 14, les malades ont [illegible] ou une [illegible] si pénible [illegible] les myopes [illegible] travail. Tous ces malades ont pu [illegible] La ténotomie [illegible]

[illegible]

M. Noel [illegible] dépassant 7 dioptries j'ai trouvé [illegible] de la papille optique [illegible] de la rétine, [illegible] ni chez les [illegible]

[illegible]

M. [illegible] la myopie [illegible]

M. [illegible] que M. Noel [illegible]

prince Karl de Bavière. Ces auteurs avaient déjà démontré l'absence d'éléments rétiniens dans les parties soumises à l'extension.

M. Nuel. — Personne n'a encore étudié la disposition spéciale des vaisseaux que j'ai décrite. Je n'ai voulu montrer qu'un petit nombre de prédispositions à la myopie parmi celles qui ont déjà attiré l'attention.

M. Javal. — Il est bon de ne pas soumettre à un exercice exagéré l'accommodation chez les myopes. La réduction de son parcours est une condition de myopie progressive. La question est de savoir quels sont, parmi les différentes catégories de myopies, celles qui progressent ou non. Le traitement variera en conséquence. D'autre part, je ne crois pas qu'il y ait des cas où la ténotomie arrête la myopie ; les prescriptions nécessaires faites auparavant auraient donné les mêmes résultats.

M. Motais. — Cette objection ne m'aurait pas été faite si j'avais pu lire mon travail en entier. J'ai fait suivre antérieurement à l'opération, à tous mes malades, le traitement hygiénique et optique le plus rigoureux. Les résultats opératoires ont donc été observés, toutes choses égales d'ailleurs.

M. Vacher. — L'extraction du cristallin non cataracté, dans deux cas de myopie excessive, m'a donné de bons résultats.

M. Bettremieux. — Je fais porter des lunettes munies d'un mouvement de charnière sur les branches, qui permet de modifier l'inclinaison des surfaces réfringentes, par un mouvement de rotation ayant pour pivot le grand axe des verres.

M. Parinaud. — On ne tient généralement pas assez compte de l'évolution naturelle de la myopie, de l'hérédité, de l'influence de la puberté. Il arrive souvent que la myopie s'arrête dans son développement, et on est tenté d'attribuer cet état stationnaire au traitement institué.

M. Meyer. — On a le tort, selon moi, de ne considérer que les cas où il n'y a qu'un seul facteur. On peut prescrire des verres correcteurs dans la myopie forte si l'acuité visuelle est bonne, mais il faudra tenir compte du pouvoir accommodateur. Je ferai observer à M. Nuel que la conformation des vaisseaux dépend probablement de l'excavation. Il serait utile de rechercher dans combien de cas elle existe chez les individus non myopes.

M. Suarez. — L'accommodation et la convergence se développent en même temps chez l'enfant, il est donc utile de faire porter des verres de bonne heure. Je me suis bien trouvé des instillations de pilocarpine.

M. Gillet de Grandmont. — Si l'on envisage la constitution des enfants myopes, on trouve le lymphatisme, la scrofule, de sorte que l'on pourrait dire que la myopie est une scoliose de l'œil. L'application d'un traitement général se trouve alors parfaitement justifiée.

M. Martin. — La cause principale de la marche progressive de la myopie est dans une myopie dynamique, qu'elle aggrave plus ou moins rapidement selon son intensité. L'atropine ne triomphe pas de ce dynamisme myopique. Des faits indiscutables prouvent l'existence de ce spasme.

Traitement du décollement de la rétine.

M. Abadie. — Depuis le jour où j'ai fait à la *Société d'Ophtalmologie* de Paris ma première communication sur le traitement du décollement de la rétine (1), je n'ai pas cessé de continuer mes recherches dans cette direction. Dans son ensemble la methode déjà indiquée n'a pas subi de grandes modifications, les resultats ont continué à être des plus satisfaisants. Le manuel operatoire et l'outillage ont été simplifiés. J'ai fait construire par M. Mathieu, l'habile fabricant, un couteau creusé comme une canule presentant une petite ouverture à deux millimètres de son extrémité, le manche n'est autre chose que le corps même de la seringue de Pravaz. Quand le decollement est recent et peu etendu, en général une injection suffit, quand il est vaste, il faut pratiquer deux injections, à quelques jours d'intervalle, vers les extrémites du décollement. Il arrive parfois qu'à la suite d'une première injection, il y a plutot aggravation, le decollement s'étend, il faut alors attendre quelques jours et ne pas craindre d'en pratiquer une seconde. L'amelioration survient ensuite lentement et progressivement. Il faut bien être prévenu de ce fait, car si l'on perd le malade de vue on croit avoir échoué alors que la guerison a fini par s'établir. Quand l'irritation a été forte et les injections nombreuses, j'en ai fait jusqu'à 3, le cristallin peut s'opacifier sans que pour cela le pronostic devienne plus mauvais. Quelle que soit l'action curative de l'injection iodo-iodurée, elle exerce une action remarquable sur la nutrition de l'œil et sur sa tension. Des yeux très mous sont revenus à une tension normale après une ou deux injections.

(1) Séance du 3 décembre 1889.

M. Boé (d'Agen). — Les accidents qui surviennent à la suite de l'injection de la teinture d'iode sont dus à un microbe et non au liquide injecté. Quel que soit le mode de traitement, les observations ne peuvent avoir une réelle signification que si elles portent sur une période de temps déjà longue. Il faudrait savoir quelle est l'influence ultérieure de la chorio-rétinite, qui se déclare après l'injection, sur l'état visuel du malade.

M. Landolt. — Il faut faire une distinction entre le décollement vrai et le simple soulèvement rétinien. Celui-ci guérit sans intervention chirurgicale, le premier offre peu de chances de succès, quelles que soient les tentatives thérapeutiques. J'ai obtenu quelques cas de guérison durable avec la ponction scléroticale suivie d'un pansement compressif.

M. Panas. — La question n'est pas assez connue pour porter un jugement définitif. L'empirisme vaut mieux que toutes les théories. Dans un cas où j'ai employé les mêmes procédés que M. Abadie, j'ai constaté une extension considérable du champ visuel, mais l'acuité visuelle n'a pas beaucoup gagné. C'est par la cannelure pratiquée au dos d'un couteau de Grœfe que j'injecte le liquide, car avec l'instrumentation de M. Abadie on ne peut pas s'assurer de la pénétration du liquide. De sorte qu'on ne sait pas si c'est le liquide qui guérit ou l'écoulement de la sérosité.

M. Guende. — M. Despagnet injecte dans la poche du décollement une solution de sublimé à 2 0/0.

M. Chibret. — Un bon nombre de décollements sont dus au rhumatisme. Ulrich s'est très bien trouvé de l'emploi continu du salicylate de soude. J'ai fait une injection sous-rétinienne d'oxycyanure de mercure à 1/1500, qui ne m'a donné aucun succès.

M. Dufour. — J'ai aussi obtenu des améliorations passagères au moyen de la teinture d'iode. Quand il y a eu récidive, les décollements se sont toujours faits dans les points opposés à l'injection. Dans d'autres cas, la ponction elle-même a aggravé la situation par la sortie du corps vitré.

M. Galezowski. — J'ai fait, il y a longtemps, ces injections de teinture d'iode dans la poche rétinienne, mais les accidents sérieux qui se sont produits m'ont fait abandonner ce procédé.

M. Abadie. — Les accidents sont dus à la teinture d'iode pure ; on n'en a pas avec la solution que j'emploie. Il est vrai qu'on désorganise la couche des cônes et bâtonnets dans les régions périphériques, mais le tout est de conserver la vision centrale qui se perd vite dans le décollement. Je répondrai à M. Boé que rien ne l'autorise à discuter la valeur des faits que j'ai rapportés ; même au foyer de chorio-rétinite dont il parle, la perception lumineuse quantitative est conservée. On peut donc se résoudre à sacrifier dans cette mesure les portions périphériques. J'ajouterai que la cataracte n'est pas une complication défavorable, puisque les plus beaux succès sont ceux dans lesquels elle s'est produite. En somme, malgré les desiderata, ce traitement donne le meilleur espoir pour l'avenir.

Un Ophtalmoscope-optomètre.

M. Leroy s'est proposé d'éliminer l'erreur que l'on est exposé à commettre par le jeu de sa propre accommodation dans la mensuration des amétropies par l'image droite. Il a atteint ce but par un dispositif qui offre à l'œil de l'observateur une image témoin invariablement fixée à l'infini. Cette image témoin est l'image verticale d'un objet situé au foyer principal d'une loupe montee sur un tube très court. Ce tube étant parallèle à la face postérieure d'un ophtalmoscope à réfraction, un petit prisme à réflexion totale, renvoie l'image dans la direction normale à cette face. L'arête du prisme étant amenée au milieu de l'ouverture de l'ophtalmoscope, la pupille de l'œil observateur reçoit par une moitié les rayons du fond de l'œil observé et par l'autre moitié les rayons de l'objet témoin. En amenant le verre qui fait voir nettement l'image rétinienne en même temps que l'image témoin, on est donc sûr de ne commettre aucune erreur d'accommodation personnelle.

Cette solution si simple comporte encore deux autres applications remarquables. En effet, l'objet témoin étant un micromètre, comme une image se superpose à celle du fond de l'œil, on peut mesurer directement et d'un seul coup l'œil, le diamètre des vaisseaux rétiniens, de la pupille, d'un extravasat intra-rétinien, d'un staphilome. etc., etc. Enfin en faisant tourner le prisme de 180° de manière que la face qui était tournée vers l'observateur soit maintenant tournée vers l'observé, l'instrument devient un véritable optomètre de poche, puisque le numéro du verre qui donne au sujet une image nette du micromètre est le verre correcteur de son amétropie. Au surplus on peut dans ce cas, et pour compléter la similitude avec les optomètres, substituer au micromètre la photographie d'une échelle optométrique.

Séance du 8 *mai* 1890. — Présidence de M. Liebrich.

Une nouvelle méthode pour mesurer les rayons de courbure du cristallin.

M. Tscherning donne la description d'un nouvel instrument destiné à mesurer les rayons de courbure du cristallin. L'instrument ressemble à l'ophtalmomètre de MM. Javal et Schioetz; il porte un arc, sur lequel glissent trois curseurs, un portant une forte lampe à incandescence, qui donne les images cristalliniennes; un second curseur porte une longue tige perpendiculaire au plan de l'arc; cette tige est, à chaque bout, munie d'une faible lampe à incandescence. Un troisième curseur porte une longue tige sur laquelle glisse une marque de fixation.

Remarques sur l'examen ophtalmométrique et optométrique d'un certain nombre d'yeux astigmates.

M. Bull. — Les résultats fournis par l'examen ophtalmométrique et l'examen subjectif de l'astigmatisme démontrent des différences assez notables dont les lois et les causes ne sont pas déterminées. Dans l'examen subjectif, la différence varie en moyenne de 0,25 à 0,75 dioptrie. Dans 10 0/0 des cas, cette différence était suffisante pour changer l'astigmatisme selon la règle en astigmatisme contraire à la règle. Dans le cas d'astigmatisme cornéen, il y avait une différence en plus dans 75 0/0 des yeux. Chez les jeunes gens, l'astigmatisme se comporte comme chez les adultes, rien ne justifie l'hypothèse de l'existence du spasme astigmatique. Dans le tiers des yeux examinés, il a trouvé entre le méridien de la plus grande courbure de la cornée et le méridien principal indiqué par l'examen subjectif un écart d'au moins 5 degrés, et, dans 91 0/0, c'est le méridien indiqué par l'examen subjectif qui se trouvait le plus près de l'horizontale. Il a expliqué ces différences par l'obliquité du cristallin, qui a été récemment constatée par M. Tscherning.

Amblyopie astigmatique.

M. Martin (de Bordeaux) cite de nombreux cas d'astigmatisme régulier où il est impossible d'obtenir une correction parfaite. Cette amblyopie est sous la dépendance d'une anesthésie limitée de la rétine. Pour bien voir, il faut que la rétine soit impressionnée dans la première enfance par des images nettes et homocentriques, qui s'obtiennent lorsque l'astigmatisme cristallinien corrige l'astigmatisme préexistant. L'amblyopie astigmatique peut être un élément précieux de diagnostic rétrospectif dans diverses circonstances. La cataracte congénitale doit être opérée à l'aide du procédé qui expose le moins à un astigmatisme consécutif.

M. Armaignac. — Dans la mensuration de l'acuité visuelle, on n'utilise que la région maculaire de la rétine; or, il est difficile de supposer qu'on puisse ainsi trouver les méridiens plus ou moins anesthésiques. Je crois plutôt qu'il s'agit d'une correction imparfaite de tous les méridiens du système dioptrique de l'œil. La communication intéressante de M. Tscherning pourra jeter un jour nouveau sur la question.

Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire.

M. Panas. — J'appelle votre attention sur la difficulté du diagnostic des abcès des sinus frontaux. Cette affection a été souvent méconnue. Les affections diathésiques, tubercules, gourmes, ostéite de toutes sortes ont pour siège de prédilection le rebord inféro-externe de l'orbite. Dès lors, toute suppuration ayant pour siège le voisinage du sinus frontal en haut, devra immédiatement éveiller des soupçons et faire penser qu'une inflammation de ce sinus peut en être le point de départ. J'insiste surtout sur ce fait que l'empyème du sinus frontal n'est pas nécessairement en communication avec l'orbite par un trajet fistuleux. Le développement du sinus frontal varie suivant les individus; la cavité peut se prolonger jusqu'à l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal. Il en résulte qu'un abcès et une fistule peuvent occuper le milieu et même la partie externe du rebord orbitaire supérieur. Chez les malades que j'ai observés, il n'y avait pas d'ozène ni aucune autre affection antérieure des fosses nasales pouvant faire croire à l'envahissement possible du sinus. La présence de pareilles lésions peut éveiller l'idée d'une suppuration du sinus frontal, mais son absence n'est pas suffisante pour faire écarter pareille supposition. Un symptôme qui n'a jamais fait défaut et qui souvent se prolonge beaucoup consiste en des douleurs vives accusées par les malades sur le trajet des nerfs sus-orbitaires et nasal, cela tient à ce que la muqueuse du sinus est très riche en filets nerveux propres lui venant du trijumeau. Etant donné un abcès du sinus frontal, l'indication capitale consiste à l'ouvrir, à le drainer et à y pousser des injections antiseptiques et modificatrices afin de tarir au plus tôt la purulence dont sa cavité est le siège.

Il suffira de pratiquer une incision immédiatement au-dessous de la queue du sourcil et à trépaner la paroi inférieure du sinus qui est la partie la plus déclive et la plus large de cette cavité. Comme une simple incision en boutonnière ne suffirait pas, il faudra en ajouter une seconde perpendiculaire et médiane sur la racine du nez. Le lambeau angulaire ainsi circonscrit comprendra le périoste et il n'y aura plus qu'à racler l'os sans léser le nerf frontal interne et la terminaison de l'artère ophtalmique. La trépanation, devenue alors facile, permet d'apercevoir l'orifice par où le sinus communique avec le méat moyen des fosses nasales. On peut alors, soit placer un gros drain dans l'ouverture faite par le trépan pour donner issue au pus et pouvoir y pousser des injections détersives, ou encore introduire un drain par le sinus et le faire ressortir par le nez. Pour franchir le canal en question, il faut se servir d'un instrument mousse du volume d'une petite sonde canelée. Une fois le cathéter parvenu dans le méat moyen, son bec se trouve arrêté vers l'infundibulum par la saillie en dedans du cornet moyen que l'on pourrait briser. A cette résistance, il faut incliner le cathéter de façon que son bec puisse contourner la saillie du cornet et descendre en suivant la cloison jusqu'au plancher des fosses nasales. De cette disposition, il résulte que l'instrument devra être rigide et offrir une courbure plus que demi-circulaire. Comme chez les malades que j'ai traités, les injections passaient en partie dans le nez, on peut conclure que le cathétérisme est le plus souvent inutile, sinon dangereux. Pour déterger le sinus, nous nous sommes servi de notre solution de biodure à 1/20.000e. En outre, nous avons fait des injections de glycérine iodoformée. Malgré le traitement, la guérison demande des mois. A part des douleurs de tête ressenties par le malade, nous n'avons jamais observé rien qui puisse faire supposer que l'inflammation se propage vers la paroi crânienne du sinus. Le but de notre communication a été de chercher à mettre en garde les ophtalmologistes contre les erreurs de diagnoctic et que nous croyons fréquentes au point de vue du retentissement orbitaire des abcès du sinus frontal. Celles-ci peuvent en imposer pour des lésions indépendantes, comme nous avons cherché à l'établir.

M. Kalt. — Quand on ne réussit pas à faire le drainage de haut en bas par les fosses nasales, il faut placer le drain à la paroi inférieure des sinus.

M. de Wecker. — Les deux sinus peuvent être simultanément altérés; on peut s'en convaincre en faisant sortir le pus du côté opposé, par la pression. J'ajoute, les injections de teinture d'iode peuvent donner lieu à des accidents cérébraux.

M. Panas. — Je répondrai à M. de Wecker que la communication entre les deux sinus doit être un fait absolument exceptionnel. Très souvent la cloison est inclinée obliquement de sorte qu'il y a un petit sinus et un grand. Il y a des variétés, depuis l'absence complète du sinus jusqu'à un développement énorme ou unilatéral.

M. Teillais.— J'ai observé un kyste du sinus frontal avec déviation de l'œil chez un malade qui avait reçu un coup dans l'angle interne.

M. Boucheron. — Quand la suppuration existe dans le sinus maxillaire, il y a des douleurs frontales qui peuvent induire en erreur. Il serait intéressant de savoir si le cathétérisme par la voie nasale peut éclairer le diagnostic.

Des altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine. — Pigmentations. — Dégénérescence graisseuse. — Productions fibreuses.

M. Masselon. — Certaines hémorrhagies rétiniennes peuvent disparaître sans laisser de trace; d'autres fois, l'épanchement laisse un véritable résidu de pigment. Lorsqu'une hémorrhagie rétinienne laisse une tache blanche, brillante, dénotant la présence d'un foyer de dégénérescence graisseuse, on peut conclure

à une perturbation profonde de la nutrition de la rétine. C'est ainsi que, dans des cas d'artério-sclérose, la nutrition peut être altérée au point que toute hémorrhagie rétinienne provoquée par l'altération vasculaire laisse après elle fatalement un foyer graisseux qui persiste indéfiniment, de manière que la rétine tend à s'infiltrer progressivement de plaques graisseuses indélébiles. L'ischémie brusque de la rétine, qu'elle résulte d'une embolie de l'artère centrale ou d'une compression exercée sur les vaisseaux centraux par un épanchement sanguin, favorise également la dégénérescence graisseuse dans les points où du sang s'est trouvé extravasé, en particulier sur la région de la macula. Enfin la myopie progressive doit encore être signalée comme une cause favorisant le développement de taches graisseuses persistantes qui apparaissent consécutivement à de petites hémorrhagies de la rétine et sous l'influence de la distension à laquelle se trouve soumise cette membrane dans la région du pôle postérieur de l'œil. D'autres fois, de vastes épanchements ont déchiré la rétine pour se répandre dans le corps vitré. Ces hémorrhagies laissent subsister des traînées fibreuses, ramifiées et enchevêtrées, siégeant en partie dans la rétine, en partie dans le corps vitré et qui ne sont autres que des cicatrices occupant les parties dilacérées.

M. Panas. — M. Masselon a-t-il fait des examens anatomo-pathologiques des cas qu'il a observés? Les taches blanches qu'il a observées, pareilles du reste à celles que l'on voit dans la rétinite albuminurique, ne sont pas des taches graisseuses mais consistent dans la dégénérescence gangliforme des fibres nerveuses.

M. de Wecker. — Les hémorrhagies abondantes de la rétine sont suivies de l'atrophie de la papille.

M Galezowski. — Je n'admets pas l'opinion de M. de Wecker. Elles sont la conséquence d'altérations vasculaires qui ne laissent pas de traces ou donnent lieu à des exsudats pratiques. Quant à la papille elle peut être atteinte par place par ces exsudats, dans les points correspondants aux thromboses, mais il n'y a pas d'atrophie.

Forme insidieuse grave de l'ophtalmie blennhorragique.

M. Trousseau. — A côté de la forme aiguë franche de l'ophtalmie blennhorragique, il faut admettre une forme insidieuse non moins grave caractérisée par un gonflement peu marqué des voiles palpébraux, un écoulement peu abondant, un chémosis intense et l'apparition tardive d'accidents cornéens redoutables. Dans un cas le seul symptôme inquiétant avait été le chémosis La muqueuse chémotique et la cornée avaient été infectées d'emblée par les gonocoques qui avaient échappé aux cautérisations par leur siège sous-épithélial. Ayant raclé le fond des ulcères cornéens j'ai inoculé les cornées de 3 lapins avec le produit de raclage, et j'ai vu se produire une fonte purulente rapide de l'œil. Le gonflement palpébral, l'abondance de l'écoulement purulent ne sont pas toujours des facteurs de gravité dans l'ophtalmie blennhorragique, le chémosis est moins à craindre. La présence des germes sous-muqueux et peut être dès le début intra cornéens est dangereuse. Quels que soient les symptômes initiaux on doit toujours considérer comme grave une conjonctivite qui survient chez un sujet blennhorragique.

Deux cas d'hémianopsie causée par des pertes utérines.

M. Chevallereau. — J'ai observé deux cas d'hémianopsie à la suite de pertes utérines abondantes. On ne peut pas invoquer l'origine hystérique de cette affection; outre que les deux malades ne présentaient aucun stigmate, l'hémianopsie hystérique n'existe pas. Bien que des observations sur ce sujet aient été publiées, elles ne doivent reposer que sur des publications qui n'ont reçu aucun sérieux contrôle. Du reste de pareils faits n'ont pas été observés ni par M. Charcot, dont la compétence est si grande en la matière, ni par M. Parinaud.

Il est donc probable que les faits que je rapporte sont dus à des troubles circulatoires ayant amené une ischémie de la substance corticale considérée comme le centre de la vision, bien que cette donnée ne soit pas encore démontrée scientifiquement.

Sur l'existence des nerfs ciliaires antérieurs et superficiels.

M. Boucheron expose deux figures dans lesquelles il démontre la disposition des nerfs ciliaires superficiels, antérieurs, qu'il a obtenue par la méthode de l'or. Les nerfs ciliaires perforant la sclérotique envoient des rameaux qui forment des arborescences autour de la cornée dans la région périkératique Ces terminaisons nerveuses se relient avec d'autres filets nerveux qui viennent de la périphérie. Ces nerfs cornéens venant de troncs différents assurent la sensibilité, la transparence et la vitalité de la cornée. De plus, la section des nerfs ciliaires profonds n'abolit pas entièrement la sensibilité de la cornée, puisque d'autres filets nerveux viennent de la périphérie donner à cette membrane une sensibilité récurrente, comme on le constate aussi aux extrémités des doigts et d'autres organes périphériques. Ce qui explique la conservation de la cornée après la névrotomie optico-ciliaire, comme M. Boucheron l'a montré dès l'année 1876.

Contributions à l'étude des fausses perceptions sensorielles secondaires, et particulièrement des fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons.

M. F. Suarez de Mendoza (d'Angers) communique une remarquable étude sur les phénomènes étranges décrits à diverses époques sous des noms différents d'*hyperchromatopsie*, de *pseudochromesthésie*, de *photismes* et *phosismes*, de *colour-hearing* ou d'*audition colorée*, d'*association* des *sons* et des *couleurs*, etc.

Après avoir fait remarquer que des faits de ce genre ont été observés dans le domaine de chacun des cinq sens, l'auteur en désigne l'ensemble sous le nom de *pseudesthésie physiologique*, et les cinq modalités sensorielles sous les dénominations suivantes : *pseudophotesthésie*, pour les fausses sensations secondaires *visuelles*; *pseudo-acousthésie* pour les fausses sensations secondaires *acoustiques*; *pseudo-phrésisthésie*, pour les fausses sensations secondaires *olfactives*; *pseudogousisthésie*, pour les fausses sensations secondaires *gustatives*; *pseudo-apsisthésie*, pour les fausses sensations secondaires *tactiles*.

Il spécifie ensuite que la cause efficiente de ces divers phénomènes peut être une perception première objective, c'est-à-dire une excitation passant par l'un ou l'autre sens ou même, semble-t-il, une opération purement psychique. De là, pour chacune des cinq classes ci-dessus, six sous-classes en rapport avec les six modes d'excitation. Ainsi, pour la pseudophotesthésie, qui fait l'objet principal de son travail, il admet qu'elle peut être d'origine optique, acoustique, olfactive, gustative, tactile ou purement psychique. C'est la pseudophotesthésie d'origine acoustique qui a été appelée audition colorée.

M. le Dr Suarez de Mendoza donne ensuite l'historique très complet de la question, apporte les observations fort intéressantes de 7 cas qu'il a eu occasion d'observer, analyse les 127 faits publiés jusqu'aujourd'hui ainsi que les diverses théories émises par les auteurs et conclut de la façon suivante. Tantôt ces phénomènes dépendent d'une association d'idées datant de la jeunesse (dans cet ordre, il place les personnes qui colorent le jour de la semaine les périodes de l'histoire, etc.), tantôt d'un travail psychique spécial, dont la nature intime nous échappe et qui aurait une certaine analogie avec l'illusion dans les cas de *pseudo-photoesthésie* d'origine optique et avec l'hallucination dans les autres formes de pseudo-photasthésie ou la *sensation secondaire* ou *photisme* est engendrée par l'excitation normale d'un autre appareil sensoriel que l'appareil optique.

M. Jocqs a apporté une modification dans l'emploi du *périmètre de Fœrster* dont l'inconvénient est d'être difficilement mobilisable. L'instrument qu'il présente et qu'il a fait exécuter par la maison Choquart et Peuchot peut être facilement tenu d'une main devant les yeux du sujet, tandis que l'autre main fait mouvoir les curseurs. Une tige horizontale qui s'appuie sur le front lui donne une immobilité suffisante pour permettre un examen exact. Sa division en deux morceaux le rend très portatif. Il a fait ajouter à la face interne de l'axe périmétrique une série non suivie de lettres imprimées, dans le but de les faire lire aux malades atteints de paralysies musculaires et de pouvoir ainsi mesurer le champ du regard. Le degré correspondant à la dernière lettre pouvant être lue mesure la force du muscle en question.

M. Sameh (d'Alexandrie) présente un *kératoscoptomètre* qui facilite beaucoup la détermination subjective de la réfraction et peut séance tenante servir d'optomètre.

M. Vignes (de Paris) présente un *ophtalmoscope à réfraction* qui se recommande par de nombreux avantages. Il est muni de miroirs concaves droits et inclinés, et d'une série de 12 verres convexes et 18 concaves d'un diamètre de 5 millimètres. Sa longueur est de 0,06 cent., sa largeur de 0,03 cent.

M. Parent fait la présentation d'une *échelle optométrique*.

Dr E. Kœnig,
Chef de clinique du Dr Parinaud.

Société de médecine légale. — *Ordre du jour.* — Séance du lundi 12 mai 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés : 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.— 2° M. Maynau : Communication sur les « exhibitionnistes » — 3° Communication de M. Leprince, de Bourges, sur un cas d'empoisonnement présumé par la liqueur de Fowler. — 4° Communications diverses.

Société d'Anthropologie. — La huitième Conférence transformiste a été faite le jeudi 8 mai, à 4 heures de l'après-midi, par M. André Lefèvre, professeur suppléant à l'École d'anthropologie. Sujet de la conférence : *L'évolution mythologique.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 8 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. HARDY ET E. BESNIER.

M. HALLOPEAU, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, fait lire une note sur l'*aplasie moniliforme des cheveux* et sur la transmission héréditaire, la nature, la généralisation de cette affection, ainsi que sur ses rapports avec la kératose pilaire. Dans la famille de l'enfant qu'il a présenté, il y a six personnes atteintes de cette affection. C'est donc une maladie de famille au premier chef : il faut en chercher la cause dans un trouble de la nutrition. Au point de vue de la localisation de la maladie, ce ne sont pas seulement les cheveux qui sont atteints, mais aussi les poils de la barbe, des sourcils, de la poitrine, des aisselles, du pubis et des membres. Ce fait n'avait pas encore été signalé. La maladie semble s'atténuer avec l'âge, mais très lentement. Le nombre des cheveux malades est beaucoup moindre chez le père qu'il ne l'est chez l'enfant ; les poils des régions atteintes présentent à leur base des saillies rouges, fermes au toucher, identiques à celles de la kératose pilaire dont l'aplasie moniliforme constitue, comme l'ont admis à juste titre MM. Besnier et Brocq, une variété. Cette kératose avec aplasie moniliforme a pour caractères particuliers de débuter et d'atteindre son maximum dans la première enfance. Elle envahit tout le système pileux. L'engainement et la transformation des poils et des cheveux en chapelets de fuseaux d'une régularité géométrique lui appartiennent en propre.

M. DU CASTEL fait une communication *sur les traitements nouveaux de l'orchite et en particulier sur la méthode du stypage*. De ces médications les unes sont internes, les autres externes. Les premières comprennent le salicylate de soude et la teinture d'Anémone pulsatile. Le salicylate de soude a été préconisé par Henderson en 1872. En 24 heures, on obtient un soulagement bien plus accusé qu'en employant les antiphlogistiques. La durée de la maladie est diminuée : le séjour à l'hôpital est abrégé. La dose est de 6 gr. en 24 heures. La teinture d'anémone pulsatile à la dose de 30 gouttes par jour a été proposée par Dormand en 1888. Elle amène la sédation rapide de l'élément douleur. M. Du Castel emploie plus volontiers le salicylate de soude, que les statistiques sembleraient devoir faire préférer à la teinture d'Anémone, en raison de sa rapidité d'action plus grande. A cette dose, il n'a jamais observé les accidents qu'on a redoutés. Les médications externes comprennent la compression ouato-caoutchoutée de Horand, Langlebert, et la réfrigération. La première donne d'excellents résultats ; la douleur disparaît rapidement et les malades continuent à marcher, mais l'induration de l'épididyme est lente à disparaître. La réfrigération comprend le procédé de Diday par les vessies de glace. C'est un excellent procédé, d'une efficacité incontestable, mais qui exige plusieurs jours d'un traitement ennuyeux et d'une application délicate. Elle comprend aussi le stypage, que M. Du Castel emploie depuis quatre ans avec les meilleurs résultats. Chaque matin, et même deux fois par jour, il touche pendant dix ou vingt secondes le scrotum du côté malade. Dès la première séance il se produit un soulagement immédiat et considérable. La résolution est rapide, et en 7 ou 8 jours la guérison est obtenue. Le malade peut en outre vaquer à ses occupations. Nous possédons, en résumé, des traitements actifs et commodes de l'orchite qui sont supérieurs à ceux que l'on employait jusqu'ici. On peut aussi les combiner.

M. BESNIER signale une simplification possible à ce procédé qui permettrait au malade d'appliquer lui-même le chlorure de méthyle. Au lieu de se servir des stypes tels que les a imaginés le Dr Bailly, on peut employer, ainsi que cela se fait à l'hôpital Saint-Louis, des pinceaux de charpie en ayant soin de ne pas trop les imbiber.

M. DU CASTEL. — Le simple tampon de coton suffit même.

M. MAURIAC croit qu'il y a peu de médications qui soient susceptibles de diminuer sensiblement la durée de l'orchite. Il se contente de l'expectation. S'il y a des complications, une inflammation de la vaginale, par exemple, il évacue le liquide; s'il y a une forte douleur, il place le testicule entre deux vessies de glace. Si l'inflammation est très vive, il applique quelques sangsues sur le cordon. Encore une fois, il n'a pas grande confiance dans la médication interne et il se demande, en raison de la difficulté d'établir une statistique et d'apprécier exactement la durée de la maladie, si cette médication a sa raison d'être.

M. DU CASTEL fait remarquer que les malades qui restaient autrefois trois semaines à l'hôpital avant que l'induration de l'épididyme ait disparu n'y passent plus maintenant que dix ou onze jours.

M. QUINQUAUD communique le résultat de *nouvelles recherches sur la lèpre*. Elles ont trait à l'étude des troubles sensitifs et des lésions cutanées de la lèpre à leur début. Il a repris l'étude des troubles sensitifs qu'on a signalés dans cette affection, mais, pour les mesurer, il fallait une instrumentation particulière qui permît de déterminer les différents degrés des troubles de la sensibilité dans tous ses modes. Il a donc fait construire un instrument qu'il appelle l'asthésiomètre dynamométrique. Ce qui le caractérise, ce sont deux corps de pompe qui jouent librement sur une échelle graduée en millimètres. Dans l'intérieur se trouvent deux ressorts qui permettent de graduer la pression que deux index font lire en grammes. On peut ainsi exercer sur la peau une pression qui va jusqu'à 250 grammes. Différentes pointes s'adaptent pour chaque mode de sensibilité. Pour mesurer la sensibilité à la piqûre, par exemple, sur une plaque de lèpre, on exerce une certaine pression. Si le malade n'accuse aucune sensation, on augmente la pression et l'on dit que le malade a une sensation à la piqûre à 50, 100 gr. de pression par exemple. De même pour les autres sensibilités, la pression sert à mesurer la sensation. Or, dans la lèpre, la sensibilité à la piqûre est très variable : on peut avoir une sensation avec une pression de cinq grammes par exemple, alors que deux millimètres plus loin il faudra exercer une pression de cent grammes pour que la perception soit nette. Ce mode de sensibilité présente donc des irrégularités considérables. Ces mêmes inégalités se retrouvent pour la sensibilité à la pression sur des points très rapprochés. De même encore pour la sensibilité à la température qui présente parfois une diminution considérable. Dans certains cas, le thermomètre marque — 30° sans que le malade accuse de sensation. A côté des points où il sent à 0°, il en est d'autres où à — 10° il ne perçoit rien. D'autres fois ce sont des phénomènes de dissociation ; les uns ne sentent pas le froid et perçevront la chaleur, etc. Ces modifications de la sensibilité se rencontrent même dans les premières manifestations de la lèpre et présentent parfois un grand intérêt pour le diagnostic. On sait que la nature des premières manifestations de la lèpre est encore discutée : on a dit que ces manifestations étaient de nature vaso-motrice, qu'elles étaient dues à une altération des nerfs ou encore de la moelle et qu'elles n'avaient rien de spécifique. M. Quinquaud a pu suivre leur évolution et il a constaté que dès leur début on pouvait y trouver les bacille de Hansen. Ce sont donc bien des lésions spécifiques et primitivement microbiennes.

M. PORTALIER relate un cas de *syphilides papulo-squameuses en corymbes*. Il s'agit d'une femme de 40 ans atteinte de syphilis à la période secondaire et chez laquelle l'éruption siégeant sur tout le corps n'affectait que la disposition en corymbes. Il est rare de voir la syphilis affecter dans ses manifestations une telle discipline. Les éléments papuleux se groupaient autour d'une grosse papule, constituant une aréole des plus nettes.

M. FOURNIER. — Dans ce cas en effet les lésions étaient généralisées : autour d'un soleil central il y avait une réunion de planètes satellites. Ce cas est l'idéal de cette forme de dermatoses.

M. JACQUET fait part de ses recherches *sur la pathogénie de quelques dermites artificielles*. Il s'agit d'un homme qui était entré à l'hôpital avec une rougeur généralisée des téguments, tuméfaction, impossibilité de plisser la peau qui est dure, fine desquamation. Prurit violent qui avait même été le premier signe de cette affection qui remontait à un an. On pratique un examen biopsique qui montre les lésions d'une dermite aiguë. M. Jacquet fit lui-même avec grand soin le pansement qui recouvrait la solution de continuité des téguments

qui avaient servi à l'examen biopsique. Or, sous ce pansement les démangeaisons disparaissent aussitôt, les téguments reprennent leur état normal et au bout de quelques jours un nouvel examen microscopique montre que la peau est à peu près saine. M. Jacquet rapproche ce fait de certains autres faits qu'il a décrits pour l'urticaire. Lorsque dans l'urticaire on protège les parties ortiées, celles-ci ne tardent pas à s'évanouir en même temps que le prurit disparaît. Dans ces cas il s'agit d'une névrose vaso-motrice : des causes d'irritation agissant sur une peau à vaso-motricité altérée il en peut résulter soit de l'urticaire, soit même des dermites. Dans certaines autres dermatoses, prurigo, lichen acuminatus aigu, il est probable qu'il s'agit de phénomènes analogues.

M. Lemonnier fait lire une note sur *quelques cas de zona suivis de tuberculose.* Chez cinq malades indemnes de tuberculose lorsqu'ils se présentèrent à sa consultation pour leur zona et n'ayant pas d'antécédents tuberculeux, il vit la tuberculose pulmonaire se développer dans l'espace de quelques mois. Il se demande si la tuberculose existait déjà chez eux, bien qu'il ne fût pas possible de la dépister, et si c'est par névrite, par exemple, qu'elle a agi sur les téguments pour déterminer une éruption de zona.

M. Besnier. — Le Pr Leloir a signalé l'importance qu'il fallait attacher à l'apparition d'un zona comme pouvant indiquer la possibilité du développement d'une affection ultérieure. Ces cas rentrent dans les dermatoses indicatrices de Leloir, bien que cet auteur n'ait pas eu en vue la relation du zona et de la tuberculose.

M. Baudouin communique *deux cas d'hydroa buccal simulant des lésions syphilitiques.* — Dans l'un d'eux on voyait sur les lèvres quelques petites plaques rouges avec une légère tache opaline centrale, vestige d'une vésicule affaissée. Près des commissures on notait des érosions. Sur la face interne des joues se trouvaient des lésions semblables ainsi que deux plaques plus larges produites par le groupement d'éléments vésiculeux. Toutes ces lésions simulaient à s'y méprendre des plaques muqueuses. Dans le deuxième cas, les lésions étaient semblables et d'aspect syphiloïde en imposant également pour des manifestations spécifiques, mais quelques petites vésicules opalines coexistantes permettaient de faire le diagnostic.

M. Fournier insiste sur l'importance de ces faits. Il considère que si quelque chose simule dans la bouche la syphilis, c'est bien l'hydroa. Ces cas sont peu connus et peuvent donner lieu aux erreurs les plus regrettables : il en rapporte un exemple dans lequel l'aspect syphiloïde des lésions était tel que l'erreur ne pouvait pas ne pas être commise; ce qui permit de faire le diagnostic fut la présence sur le poignet de quelques bulles desséchées et de taches érythémateuses. Il faudra donc toujours les rechercher.

M. Barthélemy. — J'ai communiqué en 1882 à la Société de médecine légale un fait de cet ordre. M. Brouardel cita alors quelques cas qui avaient donné lieu à de grosses difficultés médico-légales.

M. Mauriac. — On voit chez des syphilitiques dans la troisième, la quatrième année, de semblables lésions de la bouche évoluer. Sont-elles ou non spécifiques? Je les considère comme telles.

M. Besnier. — Certaines lésions d'hydroa, variété d'érythème multiforme, qui se développent sur la peau, peuvent aussi revêtir un caractère syphiloïde. On y retrouve la croûtelle centrale cerclée d'une bordure rose de la plaque syphilitique et il est alors très difficile de ne pas commettre l'erreur. Il faut donc savoir que l'érythème hydroa peut simuler sur la peau une lésion syphilitique.

M. Heuyer présente un malade atteint de deux petites *tumeurs du scrotum* datant de l'enfance. Plusieurs membres de la Société les considèrent comme étant du fibrome molluscum.

La prochaine séance de la *Société de Dermatologie* aura lieu le jeudi 12 juin. La séance est levée. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mai 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Onanoff fait une communication sur le *réflexe bulbo-caverneux* chez l'homme. C'est une contraction brusque des muscles bulbo et ischio-caverneux, perceptible au doigt et se produisant à la suite de l'excitation mécanique du gland. Chez 62 sujets adultes, ce réflexe était constant : on le trouve affaibli chez les vieillards ayant perdu leur virilité. Il est normal dans l'hémiplégie sans complication ; dans l'ataxie locomotrice progressive on le trouve affaibli parallèlement avec les fonctions génitales, sauf quand l'impuissance est passagère. Il n'est pas influencé par les troubles urinaires proprement dits. Chez les diabétiques, les neurasthéniques impuissants, on le trouve également diminué. Enfin, dans un cas de myélite transverse, où le malade présentait des érections inconscientes, le réflexe était exagéré. Sa diminution indique donc un affaiblissement de la virilité, son abolition une lésion organique et irréparable.

M Capitan communique une note de M. Marcarel sur le *traitement de la paralysie faciale périphérique* par l'électro-puncture faradique.

M. Roger. — *Influence des troubles vaso-moteurs sur l'évolution de l'érysipèle.* — Si quelques auteurs et particulièrement M. Brown-Séquard ont soutenu que la section du sympathique favorise la cicatrisation des plaies, la plupart des expérimentateurs admettent que la congestion, déterminée par cette opération, crée une prédisposition locale à l'inflammation. Aujourd'hui que l'on connaît le rôle que jouent les microbes dans les divers processus inflammatoires, on est conduit à rechercher si, par la section du sympathique, on ne modifie pas la résistance des tissus aux agents infectieux. Pour étudier ce problème, j'ai choisi le Streptocoque de l'érysipèle ; à huit lapins, j'ai inoculé six à huit gouttes d'une culture active de ce microbe sous la peau de chaque oreille, en des points symétriques ; puis j'ai arraché le ganglion cervical supérieur d'un côté. Dans toutes mes expériences, les résultats ont été semblables. On constate tout d'abord, le lendemain de l'opération, que l'oreille énervée est plus chaude, plus rouge et œdématiée. Dans les deux ou trois jours suivants, l'érysipèle se développe des deux côtés, la lésion semblant toujours prédominer dans l'oreille dont on a sectionné le sympathique. Mais, du troisième au cinquième jour, l'aspect change complètement ; l'oreille, dont le sympathique est intact, est fortement œdématiée ; elle est pesante et l'animal la laisse pendre, tandis que l'autre est maintenue relevée, comme à l'état normal ; cette différence d'aspect est tout à fait caractéristique. Vers le sixième ou le huitième jour, l'oreille énervée est presque complètement guérie ; du côté intact, l'œdème a augmenté : quelquefois même on voit apparaître des plaques de sphacèle. La différence entre les deux côtés est alors saisissante : l'oreille énervée est guérie ; l'autre est pendante, œdématiée, souvent échancrée par la chute des eschares, au niveau du bout libre ou du bord antérieur. En résumé, la paralysie vaso-motrice semble d'abord favoriser l'infection ; mais, au bout de quelques jours, on voit que la maladie rétrocède du côté énervé, alors qu'elle s'accuse de plus en plus dans l'oreille intacte. C'est ce qu'on peut voir sur le lapin que je présente. J'ajouterai que la paralysie vaso-motrice, consécutive à la section du sympathique, favorise notablement la diapédèse. On comprend l'importance de ce fait, aujourd'hui que les travaux de M. Metchnikoff ont établi le rôle des leucocytes dans la protection de l'organisme. Dans une prochaine communication, j'exposerai les recherches que je poursuis actuellement sur l'influence du système nerveux sur la diapédèse ; j'ai voulu aujourd'hui rapporter simplement quelques résultats qui établissent l'influence heureuse des paralysies vaso-motrices sur l'évolution de l'érysipèle expérimental.

M. Gley dépose, au nom de M. Charpentier (de Nancy), une seconde note touchant les *influences des efforts*

musculaires sur la sensation de poids et les contractions musculaires localisées.

Deuxième note sur les microbes de l'Eau de Vichy (Source de la Grande-Grille).

M. PONCET (de Cluny), continuant les recherches entreprises l'année dernière sur les microbes de l'Eau de Vichy, a examiné cette année la nature et le nombre des germes contenus dans l'eau de la Grande-Grille, soit à la source même, soit en bouteilles. A la source, au bouillon même, l'eau marquant 39° contient fort peu de germes. Comptés par la méthode d'ensemencement dans la gélatine, *ils fournissent une moyenne de 9 par cent. cube d'eau.* L'examen direct de l'eau du Griffon ne donne rien mais l'examen de l'eau de la vasque, où elle repose sur des concrétions ocreuses, laisse reconnaître des microcoques, de petits bacilles diplocoques, puis de longs filaments implantés comme un corail sur les concrétions ferrugineuses. Enfin des espèces de Pénicillums. Les cultures sur gélatine donnent 1° des colonies, les unes blanches et liquéfiant la gélatine. Celles-ci renferment précisément ce diplocoque-bacille; et aussi des bacilles allongés, intriqués; 2° d'autres colonies blanches fluorescentes renfermant un petit microcoque à capsule, très abondant dans l'eau minérale; 3° des colonies épaisses blanches, non fluorescentes ni liquéfiantes, contenant des microcoques de différentes grosseurs, quelques-uns fort gros. En somme, la culture révèle les mêmes germes que l'examen de l'eau dans la vasque : microcoques fins et nombreux; d'autres plus gros, plus rares ; diplocoques-bacilles semblent passer aux longues baguettes, puis aux filaments de la classe des Crénacées. Ces microbes de l'eau à la source sont le résultat de l'ensemencement de la fontaine par les poussières de la galerie où elle est située, soulevées par 40,000 buveurs chaque année. Il y aurait lieu de protéger la source en élargissant son périmètre, en la couvrant d'un kiosque, en la couvrant d'arbres. La façon de remplir les verres donnés au malade mérite aussi attention, parce que ces verres ne sont pas très propres, et lavés avec l'eau de la vasque, ils contaminent l'eau du Griffon. Chaque buveur devrait avoir un verre tenu avec une propreté irréprochable. L'examen des eaux en bouteilles commencé en Allemagne par Reinl et en Amérique par Ninges a donné des résultats inquiétants, parce que presque toutes les eaux minérales en bouteille ont été reconnues chargées de germes. Tremann et Gartner ont également étudié cette contamination des eaux des sources. La température, les conduites des tuyaux, les pompes sont des conditions qui influent beaucoup sur le nombre des germes dans les eaux mises en bouteilles. Dans le cas spécial, M. Poncet a trouvé une *moyenne de 1467 germes par cent. cube d'eau de la Grande-Grille en bouteille.* Ces germes sont ceux qui se rencontraient déjà dans l'eau du Griffon à la source. Cette eau de la Grande-Grille contenant beaucoup d'acide carbonique, il est à rechercher si ce gaz préserve l'eau du développement des germes : question résolue en différents sens par P. Bert, Liens, Souke, etc. M. Poncet, dans des siphons d'eau de seltz, à Vichy, a trouvé des germes en quantité innombrable. En résumé, les bouteilles d'eau de la Grande-Grille contiennent beaucoup plus de germes que l'eau de la source, *dans la proportion de 9 à 14 0/0 par centim. cube.* Il y aurait lieu de modifier les méthodes d'embouteillage, de passer les bouteilles à l'étuve à vapeur, comme les bouchons, et de procéder à l'introduction de l'eau de suite et aseptiquement. Les bouteilles seraient conservées dans des endroits froids. Ces précautions diminueraient sûrement le nombre des germes et conserveraient à cette eau minérale une des conditions de sa valeur thérapeutique, sa pureté microbienne originelle.

M. FÉRÉ rapporte l'histoire d'un malade hémiplégique auquel on a pratiqué, avec succès, *l'élongation des nerfs pour une névralgie* survenue du côté hémiplégié.

M. BROWN-SÉQUARD montre un *testicule de cobaye* dont la vaginale est soulevée par de petites ampoules de nature indéterminée.

ÉLECTIONS. — M. GILBERT est nommé par 28 voix membre de la Société ; — M. Fabre-Domergue obtient 5 voix ; — M. Arthaud, 4 ; — M. Gilles de la Tourette, 1.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. VERNEUIL étudie la *grippe au point de vue chirurgical.* Il passe en revue les complications chirurgicales de la grippe, l'influence des lésions traumatiques sur la grippe et celle de la grippe sur les lésions traumatiques. Comme complications chirurgicales, ce sont surtout des suppurations qu'on peut citer dans tous les systèmes. Il rapporte, à ce propos, l'observation personnelle d'un charretier de 29 ans, alcoolique, qui eut une broncho-pneumonie, suite de grippe, et présenta à la suite un vaste phlegmon gazeux sous-pectoral. Les gaz n'étaient autres que ceux de l'air, et le microbe était exclusivement le Pneumocoque observé au cours de la grippe. Malgré l'incision, le malade succomba dans la fièvre et l'adynamie. La mort était d'ailleurs suffisamment explicable par une broncho-pneumonie double et une endocardite végétante. Au sujet de l'influence du traumatisme sur la grippe, M. Verneuil rapporte l'histoire d'une malade de 44 ans, opérée par un de ses élèves, dans la convalescence de la grippe, pour une tumeur du sein. Elle succomba à la pyohémie, malgré le bon aspect de la plaie. Ce n'est donc pas la plaie qui a causé l'infection, mais bien le trauma opératoire qui a donné un coup de fouet au microbisme latent post-morbide, suivant la doctrine de M. Verneuil. Dans ce cas, la mort est due à l'opération. Il ne faut donc pas faire de chirurgie d'urgence pendant la grippe. Enfin, en ce qui concerne l'influence de la grippe sur les plaies, elle serait nulle, suivant les uns (Peyrot, Berger, Jarre) (1). D'après les observations de M. Walther, les cicatrisations par granulations seraient suspendues dans le cours de la grippe, MM. Demons, Bennett confirment cette opinion. M. Verneuil cite enfin deux faits tendant à démontrer que la grippe peut imprimer une évolution plus rapide aux néoplasmes.

ÉLECTIONS. — *Correspondants étrangers.* — 1re *élection :* M. Van den Corput (de Bruxelles) est élu par 53 voix sur 64 votants. — 2e *élection :* M. Moncorvo est élu par 45 voix sur 58 votants, contre 9 à M. Crocq (de Bruxelles), et 4 à M. Kalindero (de Bukharest).

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauvel sur la liste de présentation à la place vacante, dans la section de pathologie chirurgicale, qui est ainsi fixée : *En 1re ligne,* M. Terrier ; *en 2e ligne,* M. Périer ; *en 3e ligne,* M. Berger ; *en 4e ligne,* M. Nicaise ; *en 5e ligne,* M. Horteloup ; *en 6e ligne,* M. Terrillon.

P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 2 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. HUCHARD présente : 1° un malade atteint d'une *dilatation aortique avec ectasie artérielle généralisée* et manifestée par des battements généralisés. A la tête ils sont tellement intenses qu'ils déterminent l'insomnie. Il existe en particulier un pouls pharyngo-carotidien qui diffère du pouls visible de la luette signalé dernièrement par Merklen et G. Mueller. L'étiologie chez ce malade est obscure et muette, comme cela arrive souvent pour les affections artérielles. On ne peut invoquer ni le rhumatisme, ni l'alcool, ni le tabac, ni la syphilis. Il est de ces malades chez lesquels l'affection résulte d'une sorte *d'aortisme héréditaire* qui peut produire soit la même maladie du même organe, soit du même ordre de tissus : le système artériel, par exemple, produisant ici une hémorrhagie cérébrale, là une cardiopathie artérielle, là une néphrite.

2° *Convalescence dans la grippe.* — M. HUCHARD appelle l'attention sur l'asthénie post-grippale et sur ses localisations (stomacale, circulatoire, bronchique). Il faut encore citer l'asthénie médullaire qui donne lieu à une asthénie génitale prononcée. Ces asthénies ne sont pas en rapport avec l'intensité de l'attaque de grippe. Il faut les combattre de bonne heure, par la strychnine, la caféine, le phosphate de chaux ou le phosphure de zinc.

M. SEVESTRE. — *Rougeole et diphtérie aux Enfants-Assistés.* — La rougeole est notablement moindre qu'autrefois. Les tout jeunes enfants peuvent y échapper même, s'ils ne sont pas en contact intime avec une personne atteinte de cette maladie.

(1) Une plaie chirurgicale, faite sur une région aseptique, ne suppure que si elle est infectée au cours de l'opération, que le malade ait ou non la grippe. (Marc. B.)

Lorsqu ils sont atteints, l'affection est généralement légère. De 1 à 2 ans, au contraire, elle est grave. A partir de 3 ans la guérison est la règle. Les précautions qu'on a prises pour la désinfection des salles des malades et des objets qui leur servent sont la cause de cette amélioration. Mais la propagation ne sera tout à fait enrayée que par l'établissement d'un lazaret où les enfants seront tenus en observation pendant une période suffisante. — Quant à la diphtérie la recrudescence observée tient, selon l'orateur, à l'insuffisance des mesures de désinfection qui, si elle est convenablement appliquée, rendra la diphtérie négligeable à l'hospice des Enfants-Assistés.

M. J. Voisin présente deux observations de *morphinomanie* chez deux hystériques qui ont guéri par la suppression brusque du médicament. Les attaques hystériques, qui avaient cessé pendant l'intoxication, ont reparu dès la suppression. La morphinomanie doit être envisagée comme une psychose dégénérative au même titre que la dipsomanie. L'intoxication morphinique produit la névrose hystérique chez les sujets prédisposés. Quant au trouble mental, il n'existe que dans la période d'abstinence.

M. Féréol fait observer que le délai de 12 jours n'est pas suffisant pour affirmer la guérison des malades.

M. Ferrand. — Le besoin de morphine n'est pas imaginaire, mais la suggestion peut suffire à faire disparaître un malaise réel. La distraction peut aussi suffire à supprimer le besoin.

M. Juhel-Renoy a observé une malade chez laquelle il a pu substituer les piqûres d'eau aux piqûres de morphine, mais la malade n'a pas tardé à succomber rapidement.

M. J. Voisin dit que l'état de besoin est un état d'obsession mentale.

M. Merklen fait remarquer que les morphinomanes se passent assez facilement de morphine quand ils sont surveillés. Mais le besoin les reprend dès qu'ils sont libres. Il y a donc là un état psychique. Il demande si la suppression lente fournit de bons résultats.

M. Féréol. — Oui, à condition d'isoler le malade.

M. Guyot a réussi à déshabituer une malade, de morphine, sans l'isoler, mais il a passé trois jours auprès d'elle. Elle a eu de graves syncopes.

M. Merklen. — La suppression brusque a été suivie de mort; peut-elle causer la mort subite?

M. Letulle cite un morphinomane cardiaque qui s'est bien trouvé de la substitution de la cocaïne à la morphine.

M. Raymond présente des pièces anatomiques de *syphilis des voies respiratoires*. Le long de la trachée on remarque un grand nombre de syphilomes nodulaires qui s'étendent jusqu'à la bifurcation bronchique. Le recurrent est comprimé par un gros ganglion induré. Congestion pulmonaire et noyaux indurés de broncho-pneumonie non tuberculeuse. Ces lésions pulmonaires sont-elles d'origine syphilitique? l'orateur incline à le penser.

M. Fernet. — *Traitement de la pleurésie purulente par les injections antiseptiques.* — Le traitement de certaines pleurésies infectieuses, purulentes ou non, par la ponction suivie d'injections antiseptiques, est rationnelle et particulièrement applicable aux pleurésies infectieuses, circonscrites et humectées. Les résultats déjà acquis semblent assez favorables pour qu'on soit encouragé à en poursuivre l'application.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Marchand, à propos du procès-verbal, fait remarquer que l'*opération césarienne* doit être bien rarement indiquée *dans les cas de fibromes*, même dans la variété intra-utérine. Pour qu'elle soit possible, il faut en effet que l'utérus soit élevé et mobile, de façon à pouvoir être énucléé de l'abdomen. Sinon on est alors obligé de transformer l'opération césarienne en amputation supra-vaginale de l'utérus. D'autre part, on peut dans certains cas croire qu'elle est applicable et on tombe en réalité sur un fibrome encapsulé, impossible à enlever par cette voie sans perforer l'utérus. A ce propos, M. Marchand cite les deux observations suivantes :

1re Observation. — Femme atteinte, depuis 15 mois, d'hémorrhagies considérables, à utérus gros, très abaissé, dont le col est entr'ouvert. A l'examen, on constate que la cavité utérine contient un fibrome que le doigt, introduit dans l'utérus, peut contourner facilement. L'implantation se fait sur la face postérieure de l'organe. Ce cas semblait donc pouvoir être traité par l'opération césarienne. L'autopsie a montré que, si on avait eu recours à ce mode d'intervention, on se serait buté aux plus grandes difficultés. Les rapports de l'utérus et de la tumeur étaient si intimes que, pendant l'ablation du fibrome, on aurait sûrement perforé la paroi postérieure.

2e Observation. — Femme de 47 ans, ayant des pertes depuis 18 mois et une tumeur abdominale remontant presque jusqu'à l'ombilic. La cavité du col contient une tumeur qui a son point d'implantation sur l'utérus. C'est un volumineux fibrome inséré largement sur la face antérieure. La vulve et le vagin étant très étroits, M. Marchand songea un instant à la myomotomie intra-utérine ; mais il y renonça en raison de l'état général. L'examen de l'utérus montra plus tard que l'opération césarienne n'aurait pas donné un bon résultat.

M. Terrillon fait remarquer que l'observation de M. Bouilly est très particulière, puisqu'il y a ouverture de la cavité utérine (1). Quant à lui, il n'a fait que la myomotomie interstitielle (3 cas). D'ailleurs, il y a beaucoup de cas où l'opération césarienne semble applicable et où elle ne l'est pas en réalité. Témoin le fait suivant qui se rapporte à une femme qu'il a opérée hier :

Femme de 48 ans, ayant un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. Col à peine effacé. L'hystéromètre montre qu'il s'agit d'un fibrome saillant dans la cavité utérine, puisqu'il y a un espace libre appréciable autour de la tumeur. Il semble, d'ailleurs, qu'on peut l'enlever par morcellement, quoiqu'on ne puisse avoir de notions sur le pédicule. M. Terrillon se résout à faire l'opération césarienne; mais, le ventre ouvert, il trouve des ligaments larges tellement tendus et étalés qu'il ne peut appliquer le fil de caoutchouc pour faire l'hémostase temporaire. Il se décide alors à faire l'hystérectomie abdominale avec pédicule intérieur. Pour cela, il sectionne les ligaments larges sur les parties latérales de l'utérus entre des pinces, et enlève l'utérus en totalité. Le pédicule est abandonné dans l'abdomen, après désinfection préalable. — La pièce montre que l'opération césarienne n'eût pas été praticable, en raison de la large implantation du fibrome (2).

M. Terrillon fera ultérieurement une communication sur son procédé d'hystérectomie abdominale à pédicule rentré.

M. Quénu, à propos du procès-verbal, rappelle que les *hémorrhagies secondaires de l'amygdalotomie* surviennent chez les adultes surtout quand on a opéré à une époque trop rapprochée de celle où ont eu lieu des accidents inflammatoires. Il ne comprend pas qu'on fasse encore l'amygdalotomie. La *galvano-puncture de l'amygdale* est bien préférable. Il l'a faite 150 fois, sans un seul accident et avec des résultats parfaits. Le thermo-cautère ne vaut pas le galvano-cautère, car ce dernier peut être porté froid sur l'amygdale. Il faut faire des cautérisations suffisantes et enfoncer hardiment le couteau dans l'amygdale. Bientôt l'amygdale se transforme en 3 ou 4 petits mamelons ; sur chacun d'eux on fait une seconde cautérisation ; et en 2 ou 3 séances, à 3 semaines d'intervalle, on a détruit tout l'organe. Cette galvano-puncture est très facile à exécuter chez les enfants, surtout si l'on se sert de l'ouvre-bouche de Collin.

M. Chauvel a fait 60 amygdalotomies chez l'adulte ; jamais il n'a observé d'hémorrhagies secondaires. Il reproche à la galvano-puncture d'exiger 7 à 8 séances et au moins un traitement de 5 mois.

M. Quénu rappelle que l'amygdalotomie peut causer, en dehors de l'hémorrhagie secondaire, des accidents mortels (hémorrhagies primitives (cas de Broca), chute d'un morceau d'instrument cassé dans la glotte ou de l'amygdale excisée, etc.) ; elle est donc plus dangereuse que la galvano-puncture qui, chez l'adulte, n'exige que 3 à 4 séances.

(1) Comme nous l'avons fait remarquer nous-même dans notre précédent compte-rendu.

(2) Si on dit que M. Bouilly a fait une *opération césarienne* chez sa malade, on pourrait dire aussi, par analogie, que M. Terrillon a fait, dans ce cas, une *opération de Porro*. Mieux vaut, à notre avis, employer les mots d'*hystérotomie* (opér. césarienne) (Bouilly) ; *laparomyomotomie* (Martin, Terrier, etc.); *hystérectomie abdominale.*

M. Sée vante, du moins quand il s'agit d'enfants, l'ancien amygdalotome, celui qu'on manœuvre à deux mains, car il permet de faire saillir très notablement l'amygdale dans la bouche, de l'énucléer pour ainsi dire de sa loge et de sectionner non pas la glande, mais son pédicule (1).

M. Verneuil. — Quand on opère ainsi, on a des hémorrhagies. Il vaut mieux sectionner en plein tissu amygdalien. L'ablation de l'amygdale au bistouri est très recommandable chez l'enfant, quand la période inflammatoire est terminée. Chez l'adulte, l'intervention sanglante doit être complètement rejetée. Le thermocautère est préférable ; on pourrait, dans certains cas, employer le serre-nœud.

M. Lucas-Championnière rappelle les accidents classiques survenus à Broca parce qu'il attirait trop en dedans l'amygdale, parce qu'il faisait trop bien l'amygdalotomie. A ce propos, il rappelle un cas d'hémorrhagie primitive grave après l'amygdalotomie qu'il a observé récemment chez un adulte. On est donc toujours exposé à l'hémorrhagie. Et pourtant son malade n'était ni paludique ni hémophile.

M. Quénu présente un modèle d'*étuve à stérilisation des pansements*. M. Straus a montré récemment que l'emploi de la chaleur sèche, même à 140°, n'était pas suffisante pour stériliser les matériaux de pansement, qu'il fallait absolument utiliser la vapeur d'eau sous pression pour détruire toutes les spores. M. Sorel, chimiste, a d'autre part constaté que dans les étuves à chaleur sèche, chauffées à 130°, 150° et même plus, il y avait des parties de l'étuve dont la température n'atteignait pas 100°. Il est donc aujourd'hui absolument urgent de substituer la chaleur humide sous pression à la chaleur sèche.

Pour les matériaux de pansements tels que l'ouate, la gaze, l'emploi de la chaleur humide a l'inconvénient de rendre ces substances humides. Il fallait donc trouver un moyen de dessécher cette ouate et cette gaze après les avoir stérilisées. Pour remplir ces deux desiderata (stérilisation des substances de pansements à la chaleur humide sous pression et dessication), M. Sorel a fait construire un autoclave spécial que décrit M. Quénu. Il est chauffé avec de la glycérine, est pourvu d'un régulateur d'Arsonval et fonctionne avec une pression de 1 kil. 1/2, après chasse préalable de l'air, car le mélange d'air et de vapeur d'eau est moins microbicide que la vapeur d'eau seule. Les matériaux de pansements placés dans une boîte spéciale sont ensuite desséchés à l'aide d'un courant d'air stérilisé, qui arrive d'une façon très ingénieuse sur la gaze et la ouate. Cette étuve devait détruire *a priori* toutes les spores ; la démonstration expérimentale en a été faite par M. Albarran. Les vieilles sondes, les objets de pansement divers infectés au préalable ont été absolument stérilisés de cette façon, puisque les cultures faites avec eux n'ont rien donné. De cette façon, chose très importante, on peut obtenir de la gaze sèche, de la ouate sèche (c'est-à-dire des *tampons*), des compresses, dont on est absolument sûr. Quand l'emploi de cette étuve sera courant, on pourra bannir les antiseptiques de la chirurgie aseptique.

M. Routier rapporte 4 cas d'*occlusion intestinale aiguë* :

1er *cas*. — Femme ayant une obstruction datant de deux jours et demi. Elle avait eu antérieurement une péritonite grave. Début des accidents brusque ; vomissements, etc. Laparotomie. Ecoulement d'un liquide louche (bouillon sale) ; une partie de l'intestin est affaissée. Un mètre d'intestin est retiré d'une *sorte de trou* situé en avant de la colonne vertébrale. Ceci fait, il est impossible de retrouver cet anneau, qui semble avoir disparu. Durée, 1/2 heure. Guérison, malgré une bronchopneumonie grippale.

2e *cas*. — X..., interne des hôpitaux, pris brusquement d'accidents d'occlusion intestinale après un dîner copieux. *Lavement électrique*. Débacle et guérison ; il s'agissait d'une obstruction par accumulation de matières fécales autour d'os de mauviettes mal broyés.

3e *cas*. — Femme très malade à la suite d'attaques de mal de mer très violentes au cours d'une traversée transatlantique. Obstruction aiguë. On croit à l'accumulation des matières fécales. Lavements électriques infructueux, quoiqu'après leur administration la malade ait rendu des gaz. On répète sans succès les lavements. — Un lavement avec 2 siphons d'Eau de Seltz ; pas d'amélioration. Laparotomie tardive. On trouve une péritonite purulente. Mort le lendemain ; très probablement il y avait une lésion des annexes.

4e *cas*. — Occlusion intestinale datant de 8 jours. Diagnostic incertain. Un lavement électrique ne donne rien. Laparotomie : tumeur inopérable : il s'agissait d'un cancer annulaire de l'S iliaque. Mort.

Ces 4 observations montrent que le diagnostic de la cause de l'obstruction dans les cas aigus est presque impossible à faire. Un diagnostic ferme ne peut guère être posé que dans les cas d'obstruction chronique. — Sur une statistique de Larat portant sur 64 cas, dans 2 cas seulement d'occlusion aiguë on a pu faire le diagnostic sans recourir à la laparotomie. Aucun symptôme n'a de valeur diagnostique : ni la douleur, ni les vomissements, ni le tympanisme, ni la fièvre. Il y a des *péritonites sans fièvre*, fait très important, ce qu'on ne soupçonnait pas avant l'ère des laparotomies exploratrices. Quel traitement faire? Il ne faut pas être entérostomiste ou laparotomiste à outrance. Ces 2 opérations ont des indications spéciales. Dans les cas aigus, on peut tenter d'abord un lavement électrique ; puis, s'il ne réussit pas, recourir à la laparotomie ; mais il ne faut pas surtout perdre son temps à purger les malades. Les médecins devraient bien se le dire, une fois pour toutes. Il faut résolument proscrire les purgatifs qui affaiblissent un malade déjà fort peu brillant. Dans les cas chroniques, si la cause ne peut être enlevée, on fera l'entérostomie (1).

M. Mendoza lit un mémoire sur le *Traitement de l'obstruction de la trompe d'Eustache*.

M. Terrier présente une énorme *tumeur du mésentère*, pesant 25 livres, qu'il a enlevée en faisant une *résection de* $1^m,27$ *d'intestin grêle*.

Il s'agissait d'un malade adressé à l'Hôpital Bichat par M. le Dr Paul Mantel (de Saint-Omer). Ce malade a pu constater, depuis janvier dernier, qu'une tumeur se développait dans son abdomen. Elle sembla naître sur la ligne médiane, puis obliqua latéralement. Ce malade était en pleine cachexie. En raison de ce qu'il avait antérieurement observé sur un autre malade, M. Terrier pensa, sans aucune raison d'ordre scientifique d'ailleurs, mais plutôt par une raison de sentiment, qu'il s'agissait d'une tumeur du grand épiploon ou du mésentère. Il n'y avait pas de vascularisation de la paroi ; la tumeur était énorme. Il crut devoir opérer à cause des douleurs ; d'ailleurs ce malade serait mort rapidement, si on ne lui avait rien fait.

Il trouva à la laparotomie une tumeur presque pédiculisée, dure, résistante. Il l'énucléa du ventre et constata alors qu'une anse d'intestin grêle la contournait de toutes parts. Il eut un instant l'idée de disséquer cette anse ; mais songeant que l'hémorrhagie serait considérable, que l'anse intestinale se gangrènerait, puisqu'elle serait privée de mésentère, il résolut de suite d'en faire la résection. Pédicule avec fil élastique de caoutchouc abandonné dans le ventre. Les deux bouts de l'intestin furent rapprochés par la suture du mésentère ; mais ils ne furent suturés entre eux qu'en arrière ; en avant on les accola à la paroi abdominale et créa un anus contre nature, craignant que la suture circulaire ne tînt pas.

La perte de sang fut minime. On ferma la cavité abdominale. En un point, en bas, la tumeur adhérait à la vessie.

Les deux premiers jours tout alla bien ; pas l'ombre de choc traumatique ; 37°. Le malade ne souffrait pas du tout. A la fin du deuxième jour, apparition du hoquet ; vomissements noirâtres, comme si du sang s'était épanché dans l'estomac. Mort le troisième jour.

A l'autopsie, tout avait très bien tenu ; pas de ballonnement, sauf dans l'estomac, dont la muqueuse était intacte. Au niveau du pédicule élastique, pas l'ombre de suppuration. Les deux anses intestinales étaient bien soudées ; cependant en un point, il y avait une petite tache verdâtre ; il est possible qu'il y ait eu la inoculation par l'intérieur de l'intestin. Rien dans les autres organes.

(1) La remarque de M. Sée est juste et a déjà été faite dans une opération récente, faite avec l'ancien amygdalotome, nous avons pu énucléer pour ainsi dire l'organe et le cueillir, en sectionnant les tissus qui sont en contact avec sa face [illegible]. Nous avons sorti l'amygdale de la capsule qui la renferme, comme une noix de sa coquille. L'hémorrhagie primitive a été insignifiante ; et, qui plus est, pour des raisons spéciales, nous avions chloroformisé l'enfant.

(1) On ne saurait trop attirer, avec M. Routier, l'attention des médecins sur ce fait qu'ils s'acharnent à purger quand même et toujours des malades dont l'intestin est tordu ou en volvulus. C'est une pratique [illegible], qui se termine par la présentation au [illegible] des chirurgiens de malades déjà à moitié morts. On dirait vraiment que nous sommes encore à la période [illegible] purulente. Nous ne cesserons jamais de répéter : *Il faut opérer de bonne heure* si l'on veut avoir des succès. C'est cela seul qui explique les succès parfois merveilleux obtenus à l'étranger,

En somme, ce malade n'est pas mort de choc; il a bien supporté l'opération. A quoi est due la mort? M. Terrier ne le sait. Dans sa thèse, M. Augagneur a rappelé que l'extirpation de ces tumeurs du mésentère donnait des résultats déplorables (2 succès, dont 1 douteux sur 9 cas). Cependant il est d'avis qu'il faut opérer, surtout quand la tumeur est pédiculisable. On aura certainement des succès dans les tumeurs moyennes, quand on sera familiarisé avec ces opérations. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1er mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. MATHIAS DUVAL, en présentant un travail de M. LEBOUC (de Gand) sur *les soudures congénitales des os du tarse*, fait remarquer qu'il y a là un exemple de la tendance aux soudures de certains organes dans l'espèce humaine et que des faits de ce genre relèvent du transformisme actuel.

M. MANOUVRIER, en offrant le volume de M. LOMBROSO sur l'anthropologie criminelle, dit que ce travail est un supplément de l' « Homme criminel » et que l'auteur y répond aux arguments qu'on a opposés à sa théorie.

M. G. DE MORTILLET, pendant un voyage en Algérie et en Tunisie, a constaté qu'en *Tunisie les Nègres* sont plus nombreux parce que le pays est sur la grande route des caravanes. Ils sont surtout dolichocéphales et leurs cheveux blanchissent beaucoup plus vite que ceux des nègres de l'Algérie. Le nègre fournit un travailleur plus apte à résister au climat que l'Européen, qui subit une grande mortalité dans la partie chaude du pays, du côté du Sahara, et cette mortalité est très grande sur les enfants de première génération. La chaleur n'abat pas autant le nègre, il travaille toute la journée. Les colons les préfèrent ; ils les emploient à la culture de la vigne. Et ces nègres eux-mêmes peuvent donner des colons excellents qui se fixent dans le pays. Ne devrait-on pas essayer d'attirer les nègres qui veulent émigrer des Etats-Unis « où ils ne gagneraient pas un seul procès » ? vers le sud de la Tunisie ? — Le Kabyle est réfractaire à la langue et à la civilisation française. Le nègre souffre surtout de l'alcoolisme ; il boit volontiers. Il devient facilement phtisique au bord de la mer, du côté du Sahel.

M. FAUVELLE fait une communication intéressante sur la *vie moyenne à Carthage au IIe siècle avant J.-C.* Il a relevé, dans deux vieux cimetières de l'époque, les inscriptions tombales relatant l'âge exact du défunt. Sur un chiffre de 266 décès consignés, il n'y a qu'un centenaire mâle de 102 ans. La plus forte mortalité pour les deux sexes est entre 20 et 30 ans ; elle est beaucoup plus forte à cet âge à Carthage qu'à Paris actuellement. De 5 à 20 ans, elle est moindre que de 20-25 ans à Carthage et surtout moindre qu'actuellement à Paris. Elle est également plus basse de 40-60 ans à Carthage qu'à Paris. Elle est, par contre, énorme à 26 ans (50 p. 0/0). La mortalité infantile étant plus faible qu'à Paris, la durée moyenne, néanmoins, de la vie, était de 26 à 27 ans à Carthage, tandis qu'elle est de près de 40 ans à Paris. La mortalité des femmes est plus précoce que celle des hommes.

M. MANOUVRIER dit que ces chiffres n'ont qu'une valeur relative, que le pourcentage sur les bases des chiffres ainsi relevés ne donne que peu de résultats.

M. LAGNEAU fait remarquer que la forte proportion d'adultes dans les villes comme Paris, et Carthage sans doute aussi, vient de l'immigration.

M. SANSON estime qu'il ne faut pas pousser à l'immigration de la Tunisie par des Français, parce que ce serait l'émigration de la France et il n'y a pas trop de Français en France.

M. G. DE MORTILLET dit que ces populations n'ont pas d'état civil bien établi ; qu'elles mettent un certain amour-propre à se vieillir à un certain âge et à se rajeunir à tel autre. Les âges sont chargés au dixième du chiffre. On a déjà fait des travaux de ce genre, tel celui d'un inspecteur des Eaux et Forêts de Constantine.

M. DE SOUZA-LEITE présente son travail sur *l'Acromégalie*.

M. MANOUVRIER constate l'intérêt du travail, appelle l'attention sur la relation possible de cause à effet entre l'acromégalie et l'hypertrophie constatée du corps pituitaire de la selle turcique dans cette « maladie de manie ».

M. HERVÉ demande s'il y a relation entre l'acromégalie et la macrodactylie, par exemple, c'est-à-dire l'hypertrophie partielle.

M. DE SOUZA n'a constaté aucune relation.

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE.— 1° *Sur les idoles de Koukouten*, par M. DIAMANDI ; 2° *Organisation du travail et de la famille dans les Sociétés primitives*, par M. VERRIER ; 3° *Sur les fonctions du cervelet*, par M. LABORDE. G. CAPUS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance solennelle du 28 avril 1890.— PRÉSIDENCE DE M. BALL.

Distribution annuelle des prix.

Prix Aubanel (2,400 francs). — Question proposée : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de folie.*— Un seul mémoire avait concouru. Il n'y a pas eu lieu de décerner le prix. Une récompense de 600 fr. a été obtenue par MM. TATY et BELOUS (de Lyon), auteurs du mémoire présenté.

Prix Belhomme (1,000 francs). — Question : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.* — Le prix n'a pas été distribué dans sa totalité. Une récompense de 600 fr. est accordée à M. Paul SÉRIEUX, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine).

Prix Esquirol (200 francs, plus les œuvres d'Esquirol). — Ce prix est destiné à récompenser le meilleur travail manuscrit sur un ou plusieurs sujets de clinique mentale. — Deux mémoires avaient concouru. Le prix a été obtenu par M. Auguste MARIE, interne des asiles de la Seine, auteur du mémoire intitulé : *Des ictus congestifs dans le cours de la paralysie générale.* — Une mention honorable est, en outre, attribuée à M. BLIN, interne des asiles de la Seine, auteur du mémoire ayant pour titre : *De l'idée de persécution dans la mélancolie ordinaire et dans le délire de persécution.*

Prix Moreau de Tours (200 francs). — Ce prix est biennal. Peuvent prendre part au concours les thèses sur les maladies mentales ou nerveuses, parues dans les deux ans.— Cinq ouvrages avaient été présentés. Le prix est décerné à M. Paul BLOCQ, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse sur les *contractures*. La thèse de M. HUET, sur la *chorée chronique*, et celle de M. JOURNIAC, sur le *délire hypochondriaque*, ont obtenu *ex æquo* une mention très honorable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. POLAILLON ET PORAK.

M. BILHAUT. — *Filtrage des eaux pour l'alimentation des villes* L'auteur fait, au sujet du rapport de la Commission chargée d'étudier le filtre Lefort, un certain nombre d'objections. Comparant les statistiques de la ville de Nantes, il montre que la mortalité par maladies septiques n'y a pas diminué. Il cite des analyses bactériologiques faites sur des eaux ayant passé au filtre Maignen. Il donne enfin la description topographique du puits Lefort et émet les craintes que ce puits ne reçoive des eaux d'infiltration provenant des couches tourbeuses qui se trouvent au-dessous de la couche de sable, et demande si l'enlèvement des matériaux de construction de ce puits n'est pas à craindre.

M. MICHEL, reprenant une à une les critiques de M. Bilhaut, fait ressortir que le puits Lefort est en expérience et que son eau n'est point livrée à la consommation ; qu'il y a confusion dans le puits décrit par M. Bilhaut ; que ce puits est sans doute un de ceux de la Compagnie filtrante, mais n'est pas celui de M. Lefort. Quant à la possibilité de la pollution des eaux du puits Lefort par des eaux d'infiltration, elle n'est, dit-il, pas admissible, ce puits étant étanche dans toutes ses parties.

M. DUCHESNE fait remarquer que les analyses relatives au filtre Maignen ont été demandées avec insistance par la Commission, mais qu'on ne lui a jamais accordé satisfaction.

M. TOLÉDANO. — *Nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine.* M. Tolédano lit un rapport au nom de la Commission chargée d'étudier les différents projets de loi sur l'exercice de la médecine soumis actuellement à la Chambre des députés. Ce rapport vise particulièrement les articles relatifs à la suppression des officiers de santé, aux conditions d'étude, aux médecins étrangers, aux dentistes, aux sages-femmes, à l'inscription obligatoire des diplômes, à la pres-

cription pour honoraires, à l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, à l'exercice illégal de la médecine, et à la suspension ou incapacité de l'exercice de la médecine. Il fait pour ces différentes questions la comparaison des dispositions des projets présentés à la Chambre des députés par MM. Chevandier et David et par le Comité consultatif d'Hygiène. La première partie de ce rapport, visant la suppression des officiers de santé, est mise en discussion.

M. Bilhaut, s'appuyant sur l'identité des cours suivis par les candidats à l'officiat et au doctorat, sur les études préliminaires exigées et sur les examens subis en fin d'étude, se déclare opposé à cette suppression.

M. Reynier appuie la façon de voir de M. Bilhaut, et fait remarquer qu'il n'y a entre les deux grades de différence réelle que le baccalauréat, qui n'a aucune importance au point de vue de la pratique médicale. Il est d'avis que tous ceux qui ont le droit de soigner les malades doivent avoir le même titre, que c'est le point de départ qui doit surtout être modifié.

M. Jasiewicz croit qu'il serait utile de conserver les officiers de santé, mais en limitant leur droit d'exercice à des localités ayant moins de 4,000 habitants.

M. Tison fait remarquer que la loi militaire laissant libre environ un tiers des conserits, par suite de réforme ou dispenses, on ne peut priver ces jeunes gens de la possibilité de faire de la médecine, si leurs ressources ne leur permettent pas de viser au doctorat.

M. Delthil cite les exemples de Bretonneau et Velpeau, qui ont été officiers de santé, et appuie sur ce que c'est moins l'incapacité intellectuelle que les difficultés pécuniaires qui empêchent les officiers de santé de se faire recevoir docteurs. Néanmoins, la question de la suppression du titre d'officier de santé, mise aux voix, est adoptée. La suite de la discussion est renvoyée à huitaine.

Le Secrétaire annuel, M. Lecerf.

CORRESPONDANCE

Le Choléra en Mésopotamie.

Hay (Mésopotamie) (1), le 15 avril 1890.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre, en date du 13 février, à laquelle je m'empresse de répondre, pour satisfaire votre désir d'avoir quelques notes sur l'*épidémie de Choléra* qui sévit, ou plutôt qui sévissait, en Mésopotamie, quoique, pour mon compte, je n'ai eu l'occasion d'observer que trois cas fort douteux, vu que je suis arrivé dans ces parages tout à fait au déclin de l'épidémie. Mes notes seront incomplètes, je n'en doute guère ; ce n'est pas, je vous prie de croire, le manque de bonne volonté qui m'empêche de les compléter, mais le manque de documents authentiques ainsi que d'observations personnelles ; cependant, je vais tâcher de vous satisfaire, tout en sollicitant d'avance votre indulgence.

Le choléra s'est d'abord déclaré à *Chatra* (Muntéfik), le 28 juillet 1889, village situé sur une des rivières qui se jettent dans le *Tigre*, nommée *Chat-ul-Garraw* ou *Chat-ul-Hay*, à 70 kilomètres au nord de son embouchure (2). L'épidémie a été constatée, pour la première fois, par un médecin militaire, qui l'a signalée à l'attention du médecin en chef du corps d'armée ainsi qu'aux autorités civiles et militaires. Malgré toutes les précautions prophylactiques prises dans la circonstance, le choléra n'a pas tardé à se propager d'une manière foudroyante dans toute la Mésopotamie; cela tient à la fuite de presque la moitié de la population que les quarantaines les plus rigoureuses ne pouvaient jamais empêcher, vu la vie nomade, à l'insubordination des tribus arabes, ainsi qu'à la grande étendue des déserts qui rendent très difficile l'établissement de cordons sérieux. L'épidémie a sévi partout en Mésopotamie sans exception, mais c'est à Bagdad et à Bassorah qu'elle a fait le plus de ravages.

Le choléra nous a été importé des Indes, disent les uns ; d'autres vont plus loin et nous l'amènent du bord du Gange; un troisième parti va jusqu'à dire qu'il ne s'agissait pas du choléra, mais d'une épidémie de fièvre pernicieuse à forme cholérique ; enfin un dernier et plus grand nombre, — et j'en suis, — veut l'attribuer à l'abondance des émanations infectieuses qui se dégagent d'une foule de marais. Effectivement Chatra est entouré de toutes parts de marais immenses dont il se dégage, pendant les fortes chaleurs, des émanations tellement fétides qu'à un kilomètre de distance on est pris à la gorge et qu'à peine on peut respirer. Il y règne, pendant toutes les saisons, des fièvres de toutes sortes, lesquelles prennent en automne la forme pernicieuse et il ne se passe pas une semaine sans qu'il n'y ait de morts presque subites ; toutes les villes et tous les villages en Mésopotamie sont approximativement dans le même cas. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a des tribus arabes qui vivent continuellement aux bords de ces marais, — il y en a même qui s'alimentent des eaux puisées à cette source, — et cependant leur santé n'est nullement éprouvée; seulement ils ont un teint olivâtre particulier et, parmi eux, il y a très peu d'individus qui aient jamais souffert des fièvres. A ces marais quasi éternels il y en a d'autres qui s'y ajoutent chaque année. Les deux grands fleuves qui traversent cette partie de l'Arabie (Tigre, Euphrate) débordent pendant les trois premiers mois de l'année (janvier, février, mars); une fois que les eaux se retirent, elles laissent dans de grandes excavations une immense quantité d'eau stagnante qui devient plus tard des foyers d'infection. La chaleur minima, en été, est 38° centig. à l'ombre, 58° centig. au soleil, maxima 46° centig. à l'ombre, 67° centig. au soleil. Tant qu'on ne s'occupera sérieusement de ces marais, soit pour les assainir ou pour les défricher, il est fort à redouter que le choléra n'apparaisse chaque année aux mêmes époques et ne devienne, pour ainsi dire, tout à fait endémique.

Il a été nommé dernièrement une commission de médecins et d'ingénieurs pour faire des études approfondies sur place, afin de présenter un rapport détaillé sur la manière et les moyens d'assainir ces immenses marais. Il est bien douteux que cette commission, bien que son zèle égale sa bonne volonté, puisse aboutir à un résultat favorable, car il y a trop d'obstacles et de difficultés à surmonter; mais il serait long de vous les énumérer. Cette œuvre d'intérêt public mise à l'ordre du jour n'aura pas de sitôt un bon résultat ; il faudra bien des années, des sommes fabuleuses, et surtout, ce qui est le principal, un dévouement patriotique à toute épreuve et un grand désir du bien-être général de la part des chefs, pour que le rapport présenté par la Commission ait une suite heureuse. Espérons pourtant que les chefs de l'Etat prendront en sérieuse considération les désastres que peut causer à la population déjà une fois éprouvée la proximité de ces foyers d'infection.

J'ai eu l'honneur de vous dire plus haut qu'à la suite de la consternation et de la panique causée par l'apparition du choléra à *Chatra*, presque la moitié de la population avait pris la clef des champs ; c'est là la principale cause de la propagation rapide de l'épidémie en Mésopotamie, d'autant plus que l'hygiène publique des villes et villages laisse tout à fait à désirer sur tous les points.

Laissons les villages de côté pour ne prendre que les villes principales, comme Bagdad et Bassorah ; par elles-mêmes ce ne sont que des sources infectieuses. Ayant habité pendant trois mois Bagdad, j'ai pu me convaincre *de visu* qu'à l'extérieur comme à l'intérieur, la ville est complètement ignorante des principes les plus élémentaires de l'hygiène publique. Bassorah, dit-on, est pire encore. L'extérieur de Bagdad, ville d'environ 200,000 habitants, est dépourvu de toute plantation hygiénique ; si ce n'est quelques dattiers aux environs, elle est exposée à tous les vents ; il a été bien constaté que le vent du sud amène avec lui les fièvres. Quant à l'intérieur de la ville, il y en aurait trop long à dire. Les maisons sont basses et mal aérées ; les rues trop étroites, et même il y en a plusieurs où deux personnes à côté ne peuvent marcher ; il y règne toujours une odeur nauséabonde qui vous pénètre ; il n'y en a pas même une seule qui soit pavée. On a l'habitude d'arroser continuellement; avec cela vous avez une humidité permanente. Que vous

(1) Village située au sud et dans les environs de Bagdad. (*N. d. l. R.*).

(2) Chatra se trouve à égale distance de Bassorah et de Bagdah, du Tigre et de l'Euphrate.

dirai-je encore ? Vous trouverez au coin des rues toute espèce d'ordure, de débris végétaux et animaux en pleine putréfaction ; ajoutez à cela partout l'encombrement et vous pourrez vous faire une idée des victimes que le choléra ou toute autre épidémie pourrait faire dans des villes ainsi bâties. Mais arrivons au fait.

L'épidémie une fois propagée partout, on a établi des lazarets pour les provenances de terre et de mer où elles subissaient une quarantaine de 15 jours ; les principaux lazarets étaient l'un à *Hit* (1), l'autre à *Alboucaman*, villages situés sur l'Euphrate ; outre ceux-là il y avait, dans tout le parcours du *Tigre*, depuis Bassorah jusqu'à Bagdad, un grand cordon sanitaire sans grande importance.

Quant aux symptômes du choléra, pour mon compte je n'ai pas pu observer grand'chose, pour les raisons dont j'ai eu l'honneur de vous faire part plus haut ; mais j'ai pu me procurer quelques renseignements qui, pour être incomplets, n'en sont pas moins significatifs. La plupart des individus attaqués étaient pris de douleurs dans les membres, suivies de vomissements et de diarrhées caractéristiques, avec une soif ardente, amaigrissement profond, algidité, cyanose, coliques abdominales, excavation des yeux et de l'abdomen, couleur bleuâtre des ongles, pouls d'abord accéléré puis filiforme ; avec tout ce cortège de symptômes, la mort n'arrivait qu'après 2 à 3 heures d'un état comateux profond. Il n'y a eu aucun cas foudroyant, la mort n'étant arrivée qu'après 6 à 7 heures de souffrances atroces que rien ne pouvait soulager ; Il y en a eu même qui ont souffert 24 à 36 heures avant d'expirer. D'après les cas connus à *Hay*, village où je me suis trouvé, on compte 150 décès cholériques sur 400 attaques, ce qui nous donne le chiffre énorme de 32 1/2 0/0 dans un village de 2,500 à 3,000 habitants.

Il me serait difficile de préciser davantage, les statistiques n'ayant été faites nulle part. Je dis, d'après les cas connus, car beaucoup, presque les deux tiers des attaqués, n'ont suivi aucun traitement; ils ont été même dérobés à la surveillance des inspecteurs. Les autorités civiles en avaient nommé un dans chaque arrondissement, afin de les découvrir et de pouvoir les soumettre à un traitement.

Dans ces parages, depuis quelques années seulement, on entend le nom de médecin; personne n'y fait attention ; ils ne veulent pas croire que l'art médical vaut quelque chose ; quelques-uns, surtout les tribus nomades, le craignent comme le diable ; d'autres disent que les médecins étrangers (car ils nous considèrent comme tels) tuent les malades confiés à leur soin. Quant à eux, l'épidémie cholérique n'est pas du ressort de la médecine; c'est un châtiment que Dieu envoie pour que les croyants expient les péchés commis. Dans de telles conditions, vous comprenez aisément ce que la médecine et les autorités peuvent faire ; outre que la plupart des malades ne s'adressaient pas au médecin, ils empêchaient même ceux qui voulaient avoir recours à la science. Si les inspecteurs forçaient les malades découverts par voie de l'autorité à subir l'examen médical, ils s'y soumettaient bon gré mal gré, quitte à lancer le médicament au fleuve. Heureusement que parmi les troupes il n'y a eu que 2 1/2 à 3 0/0 de décès. Les causes en sont ce qu'elles étaient, elles le sont encore et elles le seront toujours. Bien nourries, bien logées et bien vêtues, elles sont placées sous la surveillance continuelle d'un médecin compétent. Les traitements employés sont les matières suivantes : le laudanum, l'essence de menthe, d'anis, de girofle, de cannelle, l'éther sulfurique, l'ammoniaque, des frictions sèches et humides, une potion faite avec des substances excitantes de toutes sortes et du cognac pour véhicule. Quelques médecins ont beaucoup à se louer du sulfate de quinine en injections sous-cutanées, ce qui les a poussés à dire que c'était plutôt une fièvre pernicieuse, à forme cholérique, que le choléra lui-même ; en dernier lieu, on a employé le salol qui a donné de très bons résultats.

La convalescence des cas terminés par la guérison a été très longue ; mais, comme ici toute la population a un appétit vorace, doublé d'une gourmandise excessive, beaucoup de gens en convalescence du choléra ont eu des complications gastro-intestinales terminées par la mort.

Voici, Monsieur, où se limitent mes renseignements ; je regrette infiniment de ne pouvoir vous en donner davantage. Je n'ai pas eu d'observations personnelles pour pouvoir faire une étude approfondie; malheureusement je suis arrivé trop tard ; d'ailleurs, il n'y a pas un laboratoire, ni les pièces nécessaires pour faire des recherches bactériologiques ; on ne permet l'autopsie que dans les cas criminels ; il n'y a pas non plus de statistiques sérieuses sur lesquelles on puisse se baser.

Veuillez agréer, etc. Dr X.....

(1) Villages situés sur l'Euphrate, au nord de Bagdad, construits sur le bord du Tigre.

THÉRAPEUTIQUE

Des Phosphates dans la Nutrition.

Les recherches faites depuis un demi-siècle par MM. Boussingault, Dumas, Liebig et beaucoup d'autres savants ont démontré que le phosphate de chaux est aussi indispensable à la formation et à la vie des animaux qu'à celle des plantes. Ce principe non seulement forme la partie minérale et comme la charpente des os, des dents ; mais il fait aussi partie intégrante de tous les éléments du corps, principalement de la substance du cerveau, de la moelle, des nerfs, des graisses phosphorées, des muscles, du sang. Il est, en un mot, le support de la substance organique dans toute cellule. Le phosphate de chaux est particulièrement indispensable à la femme enceinte ou nourrice obligée de fournir à la fois à l'entretien de son propre corps et à la formation et au développement d'un organisme nouveau. Pour la même raison, il est de première nécessité aux enfants pendant tout le temps de la croissance.

L'insuffisance de ce principe doit entraîner l'appauvrissement de la constitution de la mère ou de la nourrice, la carie dentaire, et chez l'enfant, le lymphatisme, l'incurvation des os, une dentition lente, pénible, et, par-dessus tout, un état de débilité générale.

Un chimiste, M. Mège-Mouriès, a démontré, par des analyses nombreuses du lait que, très souvent, le phosphate de chaux s'y trouvait en quantité insuffisante, surtout chez les femmes des villes. La cause en est, sans doute, en ce que, pendant la grossesse, les désordres digestifs si fréquents empêchent une assimilation active de ce principe dans l'état où il est contenu dans les aliments.

L'idée d'en ajouter en supplément à l'alimentation, dans ces circonstances, se présentait d'elle-même. Mais les médecins savent qu'il est très difficile de faire pénétrer du phosphate de chaux en nature dans l'organisme.

Quand on en mélange aux aliments, le plus ordinairement il passe comme un corps étranger dans les selles ou les urines, sans profit pour l'économie. M. Mouriès fut conduit, dans le cours de ses travaux scientifiques, à trouver une combinaison de phosphate calcaire susceptible d'être utilisée et retenue dans l'organisme. Il obtint en effet un composé nouveau, un albumino-phosphate de chaux, qui est la forme sous laquelle la nature semble avoir mis le phosphate de chaux, en petite quantité, dans les œufs, le lait, le blé, etc.

La préparation de Mouriès, communément appelée *Ostéine*, parce que c'est au système osseux qu'elle est surtout destinée, fut expérimentée sur une grande échelle et pendant cinq années consécutives, par les docteurs Loze et Pegot-Ozier.

Les résultats de ces expériences ont été exposés d'abord à l'Institut de France dans un travail qui fut récompensé d'une médaille au concours des prix Montyon.

Ce même travail fut, à l'Académie de médecine de Paris, l'objet d'un savant rapport du professeur Bouchardat. On y trouve des faits remarquables où l'usage de l'Ostéine, pendant la grossesse, avait permis la naissance d'enfants vivants et vigoureux chez des personnes qui avaient éprouvé plusieurs avortements ou dont les enfants venaient au monde chétifs et succombaient peu après la naissance.

En outre, sous l'influence de l'Osteine Mouriès, la gros-

sesse était facilement supportée ; la femme enceinte ne perdait ni ses forces ni son embonpoint ; parvenue au terme, elle se trouvait dans les meilleures conditions pour faire une excellente nourrice.

D'autre part, l'analyse chimique démontre que le lait des nourrices qui font usage de l'Ostéine est beaucoup plus riche en phosphate et, en même temps, plus abondant. Les enfants viennent mieux ; leur dentition est facile et leur croissance rapide.

Ainsi, soit pendant la grossesse, soit pendant la lactation, la femme retirera de grands avantages pour elle et pour l'enfant d'un régime où l'Ostéine Mouriès entre chaque jour. Chez l'enfant, elle peut remédier à la débilité constitutionnelle, aux diarrhées, empêcher les déformations des os, les déviations de la taille, etc.

Cet emploi du phosphate calcaire paraît être un moyen de réaliser la culture intensive de l'enfant par un procédé comparable à la culture intensive dans le règne végétal.

En sa qualité de médicament tonique et reconstituant, l'Ostéine Mouriès peut aussi trouver un emploi avantageux chez les anémiques, dans la tuberculose osseuse et pulmonaire, d'autant mieux que les cavernes, pour guérir, se comblent par des dépôts de principes calcaires.

VARIA

Xe Congrès international de Medecine de Berlin.

L'*Association de la Presse médicale française* a rédigé la déclaration suivante à propos du *Congrès International de Berlin* en août 1890.

La majorité des membres du Syndicat de la presse médicale est d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès médical international de Berlin.

Elle se fonde sur les raisons suivantes :

1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues qui ont eu lieu successivement dans diverses capitales, et dont la première s'est tenue à Paris en 1867. Les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grandes assises médicales, qu'ils en ont pris les premiers l'initiative. Le but de ces Congrès, exclusivement scientifique, consiste à poser et discuter les questions de médecine générale et spéciale et d'hygiène qui intéressent tous les Etats.

2° Le français est l'une des trois langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, italiens, roumains, russes, suisses, turcs, américains du Sud, etc. Nos nationaux ne peuvent donc pas craindre d'être isolés.

3° Le Corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes, les résultats de ses travaux dans une réunion de savants destinée à enregistrer les progrès de la médecine, à discuter les projets les plus importants à l'ordre du jour.

L'affirmation de la vie et de la puissance scientifiques de notre pays serait un nouveau gage de succès pour l'avenir. Dans ce concours de savants, qui n'exclut ni l'émulation, ni les rivalités d'écoles, ni la pacifique et fructueuse concurrence des nations, nous devons mettre au mieux en évidence, devant le monde médical, notre travail national, notre enseignement, nos hommes et nos publications.

AUVARD, BOURNEVILLE, CÉZILLY, CORNIL, DOLÉRIS, DUBLAY, GALEZOWSKI, GILLET DE GRANDMONT, GORECKI, GOUGUENHEIM, H. HUCHARD, JOFFROY, LABORDE, DE MAURANS, PRENGRUEBER, DE RANSE, CH. RICHET, MAURIAC (de Bordeaux).

Les critiques formulées dans un récent numéro par le *New-York medical Record*, à propos de la conduite qu'il reproche aux journaux français, tombent, on le voit, absolument à faux.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 avril 1890 au samedi 3 mai 1890, les naissances ont été au nombre de 1122 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 437 ; illégitimes, 159, Total, 596. — *Sexe féminin :* légitimes, 392 ; illégitimes, 134, Total, 526.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 avril 1890 au samedi 3 mai 1890, les décès ont été au nombre de 1094 savoir : 592 hommes et 502 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : 3, F. 6. T. 9. — Variole : M. 2, F. 1. T. 3. — Rougeole : M. 15, F. 34, T. 49. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 6, F. 4. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 18, T. 34. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 128, F. 79, T. 207. — Autres tuberculoses : M. 16. F. 10. T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T, 3. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 27. T. 45. — Méningite simple : M. 34, F. 17, T. 51. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 23, T. 47. — Paralysie : M. 1, F. 3. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 8 F. 3, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 19. T. 46. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 15. T. 34. — Bronchite chronique : M. 24, F. 33. T. 57. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 15. T. 27. — Pneumonie : M. 34. F. 25. T. 59. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 21. T. 44. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 4. T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 1. T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 16, F. 17, T. 33. — Sénilité : M. 13, F. 23. T. 36. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 12. F. 4. T. 16. — Autres causes de mort : M. 117. F. 84. T. 201. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 3, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 14. Total : 42 — *Sexe féminin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total : 41.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central de chirurgie.* — Les épreuves continuent : Potherat, 15 : *Arthrite sèche du genou* ; — Delbet, 18 ; — Jébileau, 18 1/2 : *Syphilis héréditaire* ; — Hartmann, 19 : *Ectopie testiculaire souscutanée* ; — Desmoulins, 16 : *Hémorrhoïdes* ; — Walther, 19 : *Hernie inguinale congénitale* ; — Rochard, 19 : *Maladie kystique de la mamelle.*

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'Assemblée générale de l'*Association des Médecins du département de la Seine*, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 11 mai, à deux heures, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur BROUARDEL. — *Ordre du jour :* 1° Allocution du président ; 2° Lecture du compte rendu de l'exercice 1889 ; 3° Election d'un président et de deux vice-présidents ; 4° Renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale. Les Sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

BUREAU D'HYGIÈNE DE GRENOBLE. — Le Conseil municipal de Grenoble a décidé, à la fin de l'année dernière, la création d'un Bureau municipal. C'est le dixième qui existe en France. L'organisation de ce bureau a été soumise au Comité d'hygiène publique de France qui, sur un rapport remarquable de notre ami J.-A. Martin, propose à M. le Ministre de l'intérieur d'adresser des félicitations à la Municipalité et au Conseil municipal de Grenoble. Cette ville peut être considérée comme l'une des cités françaises qui ont réalisé les plus grands progrès au point de vue d'hygiène.

FEMMES-MÉDECINS DANS L'ASIE RUSSE. — D'après le *Vratch* (1890, n° 12), les doctoresses russes établies dans l'Asie centrale rendent de grands services à la population indigène. Mlle Garinowskaia, qui avait fondé, en 1886, à Samarkande, un dispensaire pour femmes et enfants, exerce avec succès parmi les femmes bokhariennes, kirghises, persanes, arabes et afghanes. De 1721 malades traitées en 1886 au dispensaire de Samarkande, le nombre s'est élevé, en 1889, à 850. De semblables établissements ont été institués à Tashkent par Mlles Poslavskaia, Mandelstanii et Varshawzkaia ; à Kodjent, par Mlle Favitzkaia ; à Kokand, par Mlle Shishova ; à Andijan, par Mlle Solnyskina, et à Bokhara, par Mlle Breitmann. (*Med. Mod.*).

JOURNALISTIQUE. — Le *Journal des Sciences médicales de Lille* (25 avril 1890) prétend que nous « avons reconnu publiquement la valeur pratique de l'enseignement donné à la Faculté *catholique* de Lille », sous le fallacieux prétexte que nous avons admis qu'il était très logique d'adjoindre une épreuve clinique aux épreuves théoriques du concours de l'internat ! Franchement, nous ne voyons pas le joint entre ces deux questions et « l'aveu que nous avons fait ne nous a pas échappé » le moins du monde, quoi qu'en pense notre confrère. S'il désire même avoir notre avis sur la *Faculté de médecine* et le *Journal des Sciences médicales* de Lille voici ce que nous pouvons lui répondre : 1° En ce qui concerne la Faculté, nous sommes enchanté de la savoir *libre*, mais nous l'aimerions tout autant si elle était juive, protestante ou bouddhique ! 2° Pour le journal, nous souhaitons qu'il continue à nous copier sans vergogne, comme il l'a fait dans les numéros du 19 octobre 1888 (p. 382), 14 mars 1890 (p. 262, 263, 264), 14 février 1890 (p. 168), etc., etc, mais nous serions très heureux de le voir nous citer. MARC. B.

LEGS. — Des décrets autorisent les legs suivants faits par M. Thomassin (Cyprien-Saint-Hubert), à savoir : 20,000 francs à la Société protectrice de l'Mnfance ; 20,000 francs à la Société de Amis des sciences.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Le concours pour l'internat de Charenton s'est ouvert le mardi 22 avril, sous la présidence de M. le Dr Napias, inspecteur général, assisté de MM. Drouineau, inspecteur général, Christian, Ritti et Damalix, médecins et chirurgien de la Maison nationale. Cinq candidats s'étaient fait inscrire, et ont pris part à toutes les épreuves : La question écrite, tirée au sort, a été : *Nerf cubital.* Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Dure-mère crânienne* et *Nerf pneumogastrique.* Pour la question orale elle a été : *Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Cathétérisme de l'œsophage.* Etaient restées dans l'urne les deux suivantes : *Etiologie de la fièvre typhoïde* et *rétention d'urine ;—Diagnostic de la pneumonie franche* et *luxation de la mâchoire inférieure.* Trois candidats seulement ont été déclarés admissibles ; deux sont entrés en fonctions immédiatement.

MÉDECIN DU SÉNAT. — C'est M. le Dr Chavanne, ancien député et ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui remplace le Dr Claudel dans le poste de médecin du Sénat.

MÉDECIN CONSEILLER GÉNÉRAL. — M. le Dr LAFFONT a été nommé conseiller général de la Seine pour le canton de Charenton.

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX DE PARIS. — Aux dernières élections les médecins suivants ont été nommés conseillers municipaux de Paris : MM. les docteurs Dubois (quartier de la Santé), Lamouroux (quartier des Halles), Deschamps (Sorbonne), Navarre (La Gare), Levrault (quartier Saint-Ambroise) et Cattiaux (quartier d'Amérique).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — *Séances des Comités pendant le mois de mai* 1890.— Lundi 5, Comité n° 4 (*Bactériologie et épidémiologie*). — Mardi 6, Comité n° 1 (*Hygiène de l'enfance*). — Jeudi 8, Comité n° 7 (*Démographie et statistique*). — Lundi 12, Comité n° 2 (*Hygiène urbaine et rurale*). — Lundi 19, Comité n° 3 (*Hygiène industrielle et professionnelle*). — Mercredi 21, Comité n° 5 (*Hygiène alimentaire*). — Lundi 26, le Comité n° 6 ne se réunira qu'au mois de juin. Les séances des Comités ont lieu à 5 heures du soir, dans la Bibliothèque de la Société, 28, rue Serpente.

NÉCROLOGIE. — M. le Pr CLOETTA (de Lugano). — M. le Dr van CAPPELLE, ex-inspecteur général des aliénés pour les Pays-Bas. — M. le Dr LEGRAND (de Sainte-Geneviève).— M. le Dr GRUSON, médecin des Messageries maritimes. — M. le Dr LECOMTE (La Mothe-Beuvron). — M. le Dr H. SMITH, professeur de chirurgie à l'Université de Pensylvanie. — M. le Dr BESSER, ancien professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le Dr SCALZI, professeur à la Faculté de médecine de Rome.— M. le Dr MAGNUS HUSS, ancien professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Stockholm. On doit à ce savant médecin, connu surtout pour ses belles recherches sur l'alcoolisme, un grand nombre de travaux parus en suédois et en allemand.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons sur les *Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi 14 mai 1890, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique* — M. le Dr Charles MAURIAC reprendra sa leçon clinique de syphiligraphie le samedi 10 mai, à 9 h. 1 2 du matin, et la continuera les samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Clinique infantile.* — M. le Dr J. SIMON commencera ses Conférences, le mercredi 14 mai, à 9 heures et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Consultations cliniques le samedi.

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouvrages provenant de la vente des Bibliothèques de MM. Béclard, Bricon, etc.

BOURNEVILLE. — Science et Miracle. Louise Lateau ou la stigmatisée belge (1re édition, 1875). Brochure in-8°. Exemplaire défraichi. — Prix . . . . 2 fr. 50 c.

BRAID (James). — Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme, traduit de l'anglais, par J. SIMON, avec préface de BROWN-SÉQUARD. Paris, 1883, 1 vol. in-8°. — Prix. 2 fr. 50 c.

CORNIL et BUDIN. — Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans la maladie des poumons. Paris, 1874, volume in-8°. Prix . . . . 3 fr. 50 c.

COSTE. — L'inconscient, étude sur l'hypnotisme. — Paris, 1889. 1 vol. in-12. — Prix. . . . . 1 fr.

P. DIDAY. — Le péril vénérien dans les familles. — Paris, 1881, 1 vol. in-12. . . . . 1 fr. 50 c.

FALRET (J.-P.).— De l'hypocondrie et du suicide, considérations sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement. — Paris, 1822, 1 vol. in-8°. — Prix. . . . . . . 5 fr.

G. FERRUS. — Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons. — Paris, J.-B. Baillière, 1850, 1 vol, in-8°.—Prix. 5 fr.

G. FERRUS.— De l'expatriation pénitentiaire, pour faire suite à l'ouvrage des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons. — Paris, 1853, 1 vol. in-8°. — Prix . . . . 3 fr.

PITRES (A). — Recherches sur les lésions du centre oval des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — Paris, 1877. — Prix. . . . . 5 fr.

RECLUS (P.). — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. — Paris, 1876. — Prix . . . . 5 fr.

SACHAILE (de la Barre). — Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres. Statistique scientifique et morale des médecins de Paris. — Paris, 1845, 1 fort vol. in-8°. — Prix . . . . . 5 fr.

U. TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie. — Paris, Baillière, 1839, 1 vol. in-8°. — Prix. . . . . 5 fr.

(A suivre).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

NICAISE (M.). — Physiologie de la trachée et des bronches, déductions pathogéniques et pathologiques. Brochure in-8° de 31 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Pari — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 20. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 MAI 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. SEVESTRE.

Des conditions de propagation de la diphtérie (*fin*) ;

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Fréquence croissante de la diphtérie.
Origine microbienne de la diphtérie : travaux de Klebs, Loffler, Roux et Yersin. — Caractères principaux du Bacille de Klebs. — Vitalité du bacille démontrée par les expériences de laboratoire ; — par les observations cliniques.
Mode de transmission de la diphtérie : contagion directe par la fausse membrane ; — par le contact du malade ; — transport par les vêtements, les instruments, les objets quelconques ; — contagion par les volailles
Périodes contagieuses de la diphtérie ; — durée de l'incubation.
Prédispositions locales : maladies antérieures de la gorge ou des bronches, — prédispositions générales, — influence de l'age, des saisons, etc.
Mesures de prophylaxie : isolement ; — antisepsie. — Résultats obtenus par ces mesures de prophylaxie à l'hospice des Enfants-Assistés.

Enfin, Messieurs, la contagion peut-elle se faire par l'air expiré ? Vous savez que les expériences de MM. Straus et Dubreuilh n'ont pu déceler de microbes dans l'air expiré de sujets sains ou tuberculeux, mais chez un enfant atteint de croup suffocant, avec la toux si pénible et si violente qui en résulte, l'expiration doit entrainer des parcelles de mucus ou de fausses membranes, infectantes à un haut degré. Il me semble donc que si l'on ne peut incriminer l'air expiré, tel qu'il sort des alvéoles pulmonaires, il n'en est plus de même de l'*air expulsé* pendant la toux et qui, après avoir traversé les aspérités que forment dans la gorge les fausses membranes, a pu en entraîner des parcelles invisibles à l'œil nu, mais non moins dangereuses que des fragments figurés.

En tout cas, il est du moins certain que le germe ne reste pas longtemps dans l'air, car toutes les observations démontrent, et c'est un fait d'une haute importance prophylactique, que le *contage diphtéritique est peu diffusible.* Il faut qu'il y ait contact entre le sujet contagionnant et le contagionné. M. Lancry (1), observant une épidémie dans une école primaire de Berck, vit la diphtérie atteindre successivement les enfants situés d'un côté de la classe, et ménager ceux de l'autre moitié, séparés par une passerelle.

De même, M. Bard, à Oullins, n'a pas vu la maladie passer d'un logement à un autre dans les maisons à plusieurs familles. Vous savez aussi que, dans nos hôpitaux d'enfants, les pavillons d'isolement affectés à la diphtérie sont à une distance de 15 à 20 mètres des autres salles ou des maisons d'habitation qui entourent l'hôpital, et cependant, bien que quelques personnes mal renseignées aient pu prétendre le contraire, je ne crois pas qu'on puisse citer une seule épidémie due à ce voisinage. Ce fait, sur lequel j'insiste, Bretonneau l'avait exprimé en disant que la maladie peut attaquer tout une famille sans atteindre les maisons voisines.

(1) Lancry. — Thèse de Paris, 1886.

Mais depuis quelques années nous commençons à soupçonner un danger absolument imprévu, une origine toute nouvelle du poison diphtéritique. Je fais allusion ici à la transmission par les animaux de basse-cour plus particulièrement les gallinacés. Déjà en 1878, M. Nicati (de Marseille) avait publié quelques faits tendant à prouver la contagion des poulets à des enfants. En 1883, M. Wolff (1) a cité également une série de faits très intéressants. En voici un entre autres : en 1881, on apporta, dans un établissement d'incubation de Messelhausen, 2,600 poules dont 1,400 succombèrent successivement à la diphtérie, 1,000 poulets nés pendant l'épizootie ainsi que 5 chats succombèrent aussi deux mois après l'invasion de la maladie dans l'établissement ; or un gardien, qui badigeonnait la gorge d'un coq, ayant été mordu par cet animal malade, eut une lymphangite et de la diphtérie des plaies ; en outre, les deux tiers des journaliers travaillant dans la maison eurent de l'angine diphtéritique et l'un d'eux contagionna même ses trois enfants.

Un autre fait assez net est dû à Boïng-Merdingen (2). L'auteur soignait dans une ferme une fille de 10 ans, atteinte de diphtérie ; au cours d'une de ses visites, il vit une poule qui lui parut malade, elle avait en effet une conjonctivite avec sécrétion grisâtre et écoulement gluant, la gorge rouge et gonflée mais sans exsudat. Depuis six semaines, la maladie régnait dans la ferme, et 6 poules étaient mortes ; c'était certainement une diphtérie avine ; or l'enfant avait à plusieurs reprises nourri des poulets malades en leur introduisant le bec dans sa bouche pleine de pain. Les trois autres enfants qui ne touchaient pas aux poulets étaient restés indemnes.

Je vous signalerai encore les observations de M. Paulinis, qui vit la diphtérie importée dans l'île de Skiatos par des dindons malades ; de M. Delthil, qui a rapporté des exemples de contagion des poulets aux enfants ; de Turner, etc.

M. Menziès, dans une thèse de 1881, signale la même origine mais par une voie plus indirecte ; en Italie on élève sur les toits plats des pigeons et des lapins dont les déjections sont entraînées par l'eau de pluie dans les citernes ; c'est ainsi que l'enfant d'un médecin paraît avoir été contagionné par l'eau souillée d'une citerne tandis que ses frères, qui n'avaient pas bu de cette eau, restaient indemnes. C'est dans le même ordre d'idées que M. Teissier, de Lyon, (3) a dénoncé l'influence des fumiers sur les épidémies.

Mais ces notions ne se sont pas répandues sans protestations ; des maitres de la médecine vétérinaire, MM. Nocard, Galtier, n'admettent pas l'identité de la diphtérie avine et de la diphtérie humaine. La théorie avine de la diphtérie n'en est pas moins très séduisante et elle peut contribuer à expliquer certains faits dans lesquels on ne retrouve pas de cause évidente et aussi certaines épidémies si meurtrières et si tenaces observées à la campagne.

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, sept. 1883.
(2) *Deutsch. med. Woch.*, 1886.
(3) *Loc. cit.* et *Académie des Sciences*, juin 1887.

A quelle époque la diphtérie est-elle contagieuse ? M. Bard admet qu'elle l'est dès le premier jour de son apparition, peut-être même avant que les fausses membranes n'existent. Il est certain, d'autre part, que pendant leur convalescence les malades peuvent encore propager la maladie. Ainsi, dans les faits de M. Bard, 18 fois la contagion provenait de convalescents, et ce pouvoir infectant durerait jusqu'au 34e, 40e jour. Un autre observateur, Ogle, a vu le fait suivant : deux enfants atteints de diphtérie ayant été mis en quarantaine pendant un mois retournèrent à l'école au bout de ce temps ; une semaine plus tard, 9 cas de diphtérie apparaissaient dans des fermes qui toutes envoyaient leurs enfants à l'école.

Ces faits ne suffisent pas, cependant, pour permettre d'affirmer que les convalescents *produisent* encore des germes de diphtérie ; il est impossible, en effet, que ces germes aient été *conservés* sur les vêtements, sur le linge ou dans la bouche des enfants. Si l'on a eu soin de désinfecter complètement le malade lui-même et tout ce qu'il porte sur lui, il me paraît probable que l'on évitera bien souvent la contagion après la convalescence.

Quelle est, Messieurs, la durée d'incubation de la diphtérie ? C'est un point sur lequel il serait très intéressant d'être fixé d'une façon précise ; car vous savez que ce renseignement peut nous être très utile lorsqu'il s'agit de déterminer l'origine d'une maladie contagieuse ; malheureusement, si nous possédons des données assez précises pour la rougeole, la scarlatine, la variole, il n'en est pas de même pour la diphtérie ; on a donné les chiffres de 15 jours à 3 semaines ; mais ces chiffres sont contestables, et généralement l'incubation n'a guère excédé quelques jours ; d'après M. Bard, elle peut ne pas dépasser 24 heures, et même être plus courte encore. M. Lancry a publié un fait d'incubation de quelques heures ; Valleix, vous vous le rappelez, eut des fausses membranes 24 heures après la contagion.

Nous savons, Messieurs, que la diphtérie est contagieuse ; nous savons, en outre, que la contagion se fait par l'intermédiaire d'un microorganisme qui, détaché de l'individu malade, va se déposer sur un individu sain et s'y développe ; mais encore faut-il pour cela qu'il rencontre des conditions favorables, ou, si vous le préférez, des prédispositions.

Dans la diphtérie, plus que dans toute autre maladie peut-être, il faut tenir compte de la *prédisposition locale*, c'est-à-dire de celle que crée une maladie antérieure de la gorge : les inflammations aiguës ou chroniques du pharynx, l'hypertrophie ou l'état tomenteux des amygdales, plus spécialement encore les angines de la scarlatine ou de la rougeole, les ulcérations de la muqueuse buccale ou du nez, etc., réalisent au plus haut degré la prédisposition locale ; il en est de même, d'ailleurs, de l'existence d'une plaie sur la peau ou simplement de la dénudation produite par le vésicatoire.

Parmi les prédispositions d'ordre général, l'une des plus importantes est celle qui résulte de l'*âge* : la diphtérie est essentiellement une maladie de l'enfance, et c'est surtout entre 1 et 5 ans qu'elle présente son maximum de fréquence. Les autres conditions, telles que la misère, la faiblesse, la débilitation, ne jouent qu'un rôle bien secondaire ; chez les adultes, cependant, on ne peut nier l'influence qu'exercent la fatigue ou les excès d'une nature quelconque.

Rilliet, et plus près de nous M. Revilliod, ont soutenu que la diphtérie était fréquente dans certaines familles, et je connais quelques faits qui sembleraient favorables à cette manière de voir ; je crois cependant que cette prédisposition n'est qu'apparente et qu'il n'y a rien autre chose que la persistance des germes dans la maison ou dans les vêtements : les faits que je vous ai signalés plus haut en sont des exemples très caractérisés.

L'influence des *saisons* n'est pas douteuse ; c'est par les temps froids et humides, et aussi dans les pays où ces conditions se trouvent habituellement réalisées, que l'on observe le plus grand nombre des cas de diphtérie. Wiedash raconte que dans l'île de Nordeney, en 1862, il pouvait prédire l'apparition de nouveaux cas, lorsqu'il voyait survenir les brouillards et les vents d'est. A Paris, la diphtérie est rare pendant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre ; quoique sa fréquence varie peu pendant cette période, c'est le mois de septembre qui présente presque toujours le minimum. En novembre, décembre et janvier, la fréquence de la maladie se relève progressivement ; elle atteint son maximum en février, mars et avril, et diminue toujours à partir de mai. Le fait est rendu évident par le tableau suivant, emprunté aux statistiques de M. Bertillon (1).

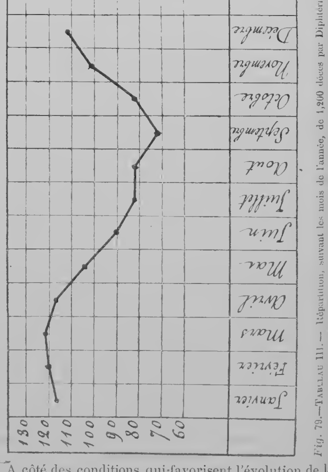


Fig. 79.—TABLEAU III. — Répartition, suivant les mois de l'année, de 1,200 décès par Diphtérie.

A côté des conditions qui favorisent l'évolution de la diphtérie, je voudrais pouvoir vous signaler celles qui contrarient son développement ; malheureusement il n'en existe guère, et je ne fais pas d'exception pour l'antagonisme que M. Teissier a cru observer entre les épidémies de fièvre typhoïde et de diphtérie : trop souvent nous voyons les deux maladies coïncider dans la même ville, dans les mêmes quartiers, pour que l'on puisse accepter cette opinion.

(1) *Annuaire Statistique* de la ville de Paris, année 1883, p. 175.

Maintenant, Messieurs, fidèle au programme que je vous ai indiqué au début de ces conférences, je dois étudier avec vous les moyens prophylactiques à employer contre la diphtérie. Le sujet est de première importance et mériterait d'amples développements, mais je dois me borner et je ne voudrais pas étendre outre mesure une leçon déjà longue. La tâche sera d'ailleurs singulièrement facilitée par l'étude que nous avons faite précédemment de la prophylaxie générale des maladies contagieuses, et par l'exposé que je viens de vous présenter des conditions de propagation de la diphtérie.

Isolement, antisepsie : telles sont, vous vous le rappelez, les deux mesures essentielles dont la réalisation s'impose pour toute maladie contagieuse, et en particulier pour la diphtérie.

L'isolement doit être absolu, et l'on ne doit laisser pénétrer près du malade que les personnes destinées à le soigner. A l'hôpital, cela est relativement facile, puisque nous possédons maintenant des pavillons d'isolement ; mais en ville, vous devrez redoubler de vigilance pour empêcher les infractions à cette règle. Rappelez-vous que vous devez surtout écarter les enfants et les personnes présentant pour une cause quelconque une prédisposition à la maladie.

L'isolement doit s'appliquer aussi aux douteux et aux suspects : les *douteux*, c'est-à-dire les malades dont le diagnostic est encore incertain, doivent être séparés à la fois des diphtéritiques et des individus sains ; les *suspects*, c'est-à-dire ceux qui ayant été en contact avec le malade peuvent avoir contracté la diphtérie sans en présenter encore de symptômes, doivent être tenus à l'écart et surveillés avec soin : la période d'observation, à partir du moment où tout contact a cessé, doit se prolonger pendant 6 à 8 jours au moins. Les frères et sœurs des enfants atteints de diphtérie rentrent dans cette catégorie et devraient être exclus des écoles ; mais cette pratique, adoptée sans discussion dans certains pays, n'est pas encore entrée dans nos mœurs.

Le malade lui-même, une fois guéri, ne peut être de suite rendu à la libre circulation, et vous vous rappelez que, dans les cas observés par M. Bard, la contagion provenait le plus souvent des convalescents. Je ne crois pas cependant qu'il faille aller aussi loin que notre confrère de Lyon et considérer le chiffre de 50 jours comme un minimum absolu. Je serais disposé à abandonner les diphtéritiques beaucoup plus tôt, mais à la *condition expresse* qu'ils aient subi une désinfection sérieuse et complète, et qu'ils n'emportent avec eux aucun objet qui n'ait été stérilisé.

L'antisepsie vient, en effet, puissamment en aide à l'isolement pour empêcher la propagation de la diphtérie. Je vous ai, dans notre dernière conférence, indiqué les moyens qui vous permettront de réaliser cette antisepsie ; je n'y reviens pas. Ayez bien soin de donner à ce sujet les recommandations les plus précises ; prêchez d'exemple, en demandant pour vous ou en apportant une blouse que vous mettrez par-dessus vos vêtements ordinaires, et en suivant pour vous-mêmes toutes les pratiques de l'antisepsie. Rappelez avec insistance qu'aucun objet ne doit quitter la chambre du malade que pour passer à l'étuve : aussi réduirez-vous autant que possible le nombre des objets qui devraient être plus tard soumis à la désinfection, c'est-à-dire que vous aurez soin de ne laisser dans la pièce occupée par le malade que les objets ou les meubles strictement nécessaires. De plus, vous vous efforcerez, pour les soins à donner aux malades, de n'employer que des objets dont la destruction soit facile ou peu onéreuse. Rappelez-vous la vitalité si considérable que présente le microbe de la diphtérie et songez combien peut devenir dangereux un pinceau, un jouet ou tout autre objet aussi insignifiant.

Je crois inutile, Messieurs, d'insister plus longtemps sur tous ces points, mais je ne veux pas terminer ce sujet sans exprimer le regret que les règlements en vigueur ne nous permettent pas de pratiquer, d'une façon sérieuse, la *prophylaxie sociale de la diphtérie*. Les voitures qui transportent un malade ne sont pas désinfectées en général (1) ; les appartements dans lesquels est mort un diphtéritique peuvent être occupés par un nouveau locataire sans avoir subi autre chose qu'un nettoyage sommaire, et le fait suivant, dont je trouve la relation dans la *Gazette hebdomadaire* (1889, p. 166), vous révèle une autre source de dangers.

Dans une de ces grandes maisons où les ménages d'ouvriers sont pressés les uns contre les autres, un malade atteint de diphtérie est soigné à domicile pendant dix jours, puis évacué à l'hôpital Saint-Antoine, où il meurt. Atteinte quinze jours plus tard de la même maladie, la femme de ce malheureux succombe à son tour. Les scellés sont apposés sur l'appartement qu'ils occupaient. Pendant quinze jours, sans qu'aucune mesure de désinfection ait été prise, le logement reste clos, renfermant les lits, les vêtements de ces malades. Après quinze jours, on lève les scellés, on fait un inventaire et le mobilier tout entier est envoyé à l'Hôtel des ventes où il est vendu. Dans l'intervalle, un voisin a été à son tour atteint de diphtérie et a succombé. Un enfant est actuellement malade. Combien d'autres victimes auront faites ce linge, cette literie imprégnés de germes de diphtéritiques non lavés, non désinfectés !

(1) Je ne parle pas, bien entendu, des voitures municipales, destinées au transport des contagieux ; mais on sait combien l'emploi de ces voitures est encore limité, les malades préférant prendre un fiacre ou simplement l'omnibus : c'est là bien certainement une source de contagion très fréquente.

Comité consultatif de l'enseignement public. — MM. les Drs Cornil et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et M. Jungfleisch, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont nommés membres du comité consultatif de l'enseignement public.

Conseil académique de Clermont. — Les professeurs chargés de cours et maîtres de conférences de la Faculté des Sciences de Clermont sont convoqués, le mercredi 21 mai 1890, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Clermont, en remplacement de M. Parmentier, démissionnaire.

Conseil académique de Montpellier. — Les professeurs, les chargés de cours et les maîtres de conférence de la Faculté des Sciences de Montpellier sont convoqués, le lundi 2 juin 1890, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Fabry, démissionnaire.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de géologie.* — M. Daubrée, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours le samedi 17 mai 1890, à 4 h. 1/4 précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Le professeur traitera, parmi les faits fondamentaux de la géologie et comme exemple de *l'intervention des actions internes dans la formation des terrains stratifiés, des gisements des phosphates et du phosphore.* Il tracera aussi le tableau des *manifestations géologiques de l'époque contemporaine.* — En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier aide-naturaliste docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques que nous annoncerons successivement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Digitale et les Digitalines

Les discussions récentes à propos de l'emploi du Strophantus ou de la strophantine ont réveillé celles sur le meilleur mode d'administration de la digitale. L'an dernier, M. Bardet, à la Société de Thérapeutique (1), avait montré combien il est difficile pour un médecin de savoir quel effet il produira chez son malade en prescrivant de la digitaline. La pharmacopée se trouve actuellement en présence de 6 corps différents portant ce nom. On sait, en effet, qu'en France il existe 4 substances différentes ayant une action physiologique dissemblable et qu'il est nécessaire de faire suivre dans une prescription de leur déterminatif : La Digitaline cristallisée de Nativelle, la Digitaline amorphe d'Homolle et Quevenne, la Digitaline chloroformique du Codex et la Digitaléine, soluble dans l'eau. Mais là ne s'arrête pas la classification. L'Allemagne nous fournit encore : la digitoxine, dont la composition se rapproche de la Digitaline cristallisée de Nativelle, avec cette différence qu'elle est moins pure, et la Digitaline soluble dans l'eau. Cette dernière semble avoir les mêmes propriétés que la Digitaléine française. Or l'Allemagne nous inonde de ses produits, vendus à des prix moins élevés que les nôtres, lesquels sont mieux fabriqués et partant plus chers. Si un pharmacien peu consciencieux, ou plus soucieux de ses intérêts que de l'action du médicament qu'il délivre, donne de la Digitaline amorphe allemande, à la place de la digitaline amorphe d'Homolle et Quevenne, le médecin sera tout étonné de ne pas voir se produire chez son malade les effets qu'il espérait obtenir. En effet, d'après M. Bardet, la digitaline cristallisée et la digitaline amorphe du Codex auraient une action à peu près semblable ; leur dose toxique serait chez le lapin de 3 millig. à 3 millig. 1/2 par kilog. d'animal. La digitaléine française et la digitaline allemande auraient une même activité et leur dose mortelle serait de 5 à 7 centig. par kilog. chez le lapin.

M. Villejean (2), relatant le mémoire de Schmiedeberg, nous montre que chacun des produits vendus sous le nom de digitaline n'est pas un corps un, bien défini, mais un composé variable de plusieurs substances. D'après le professeur de Strasbourg, la digitale contiendrait : 1° des digitalines solubles dans l'eau, renfermant la digitonine et la digitaléine; 2° des digitalines insolubles (digitaline et digitoxine) ; 3° enfin, des produits de décomposition : digitanéine, paradigitogénine, digitalirésine, toxirésine, etc. Les différents produits commerciaux renfermeraient ces substances comme suit : Digitaline ancienne d'Homolle et Quevenne (mélange de paradigitogénine, de digitonéine et de digitaline) ; Digitaline chloroformique du Codex (mélange de digitaline, de digitaléine, de paradigitogénine et digitalirésine) ; Digitaléine (mélange de digitaline et de digitorésine) ; Digitaline soluble (mélange de digitonine, de digitaléine et de digitaline) ; Digitaline de Nativelle (mélange de digitoxine, de paradigitogénine et de toxirésine).

Ainsi, d'après les expériences de Schmiedeberg, la digitaline Nativelle elle-même ne serait pas un produit pur. Il n'y a naturellement que la digitoxine allemande qui soit parfaite. C'était à prévoir.

M. Villejean critique les conclusions du professeur de Strasbourg, lui reprochant, en premier lieu, de n'avoir pas établi suffisamment les différences séparant les divers produits qu'il dit avoir extraits de la digitale. En effet, ce dernier auteur n'a fait que des essais par les réactifs colorants et n'a établi ni le point de fusion, ni le coefficient de solubilité de chacune de ces substances. D'autre part, il a expérimenté sur des échantillons anciens de digitaline Homolle et Quevenne, fabriqués lorsque leur méthode de préparation en était encore aux tâtonnements.

Défendant avec vigueur nos produits français, M. Villejean établit la pureté presque complète de la Digitaline de Nativelle, qui contient 98 0/0 de digitaline cristallisée ou digitoxine. Or M. Bardet nous a appris que les produits allemands vendus sous le nom de digitoxine ne contiennent en réalité que 25 à 30 0/0 de digitaline cristallisée. Les digitalines solubles allemandes agiraient, d'après M. Villejean, par la petite quantité de digitaline cristallisée qu'elles contiennent, corps se dissolvant en faible proportion dans l'eau. La digitoxine ou digitaline cristallisée serait donc seule le produit actif de la digitale. On ne doit le prescrire qu'à la dose de 1/10 de milligramme. M. Villejean admet qu'il n'est cependant pas plus difficile de prescrire un médicament à cette dose qu'à celle d'un gramme, en ayant recours à un dissolvant inerte, et en employant le procédé pilulaire. Certainement tout sera parfait si le pharmacien est honnête, ou s'il n'est pas lui-même trompé par son droguiste fournisseur. Dans le cas contraire, le médecin n'obtiendra pas l'effet désiré. Nous nous permettrons donc de ne pas admettre les conclusions de M. Villejean qui préfère l'emploi de la digitaline à celui de la digitale, parce que c'est un corps défini, tout au moins pour celle de Nativelle. Il nous semble, et en cela nous ne faisons que répéter l'opinion de la plupart de nos maîtres, il nous semble qu'en l'état actuel, il est préférable d'utiliser la digitale, surtout en macération. On manie facilement cette préparation; elle donne toujours des résultats identiques. M. Villejean nous dit cependant que les différentes feuilles de la plante n'ont pas la même action, que celle-ci est plus ou moins active suivant l'état du sol où elle a poussé. Mais dans un officine où il y a une certaine quantité de poudre de digitale, il y a un mélange certain des différentes parties de plantes différentes, si bien qu'on a une moyenne peu variable. Enfin, comme le dit en terminant le pharmacien de l'Hôtel-Dieu, il reste à se demander si la digitaline a un effet aussi marqué sur le cœur, sur la diurèse, que la digitale ; ce qui n'est pas prouvé. A. R.

(1) Voir *Progrès medical*, 21 décembre 1889, p. [illegible]74.
(2) *Médecine moderne*, 3 et 24 avril 1889.

Association générale des étudiants de Paris. — *Banquet.* — Le banquet annuel de l'Association générale des étudiants a eu lieu le samedi 10 mai, à sept heures du soir, dans les salons Marguery, boulevard Poissonnière, sous la présidence de M. Melchior de Vogué, de l'Académie française. Discours importants.

Hôpital St-Louis. — Conférences de Dermatologie : M. le Dr Quinquaud.

M. Quinquaud a repris mercredi 7 mai, à l'hôpital St-Louis, les conférences hebdomadaires qu'il fait chaque année, pendant le semestre d'été, dans l'après-midi. C'est là une méthode d'enseignement qu'on ne saurait trop souhaiter se voir répandre en France : chez nous, en effet, l'étudiant est livré à lui-même, la visite du matin à l'hôpital une fois terminée ; à l'étranger, au contraire, des cours lui sont ouverts toute la journée. En ce qui concerne l'étude des affections cutanées notamment, un étudiant peut, à Vienne, assister dans sa journée aux leçons de cinq ou six maîtres : c'est là incontestablement une des grandes forces de l'Ecole de Vienne. Il serait donc à désirer que l'exemple de M. Quinquaud trouvât beaucoup d'imitateurs et que les conférences de l'après-midi se multipliassent pour l'étude des différentes branches de la médecine. Si l'on veut se livrer spécialement à l'étude des maladies de la peau, dit M. Quinquaud, il faut, pour être bon médecin, pour être être utile à ses malades, savoir ne pas se borner à l'étude de la lésion cutanée. C'est là une conception restreinte, étroite, qui ne saurait mener à la découverte de la vérité. Il faut voir plus loin, étudier le malade, examiner son état général qui fera comprendre l'affection dont il est atteint. Voilà de sages paroles auxquelles on ne saurait trop applaudir et qui doivent être méditées. M. Quinquaud montre ensuite comment la dermatologie doit, pour se constituer à l'état de science, faire appel à quatre ordres de notions : 1° à la pathologie expérimentale qui permet de se rendre compte de ce qui se passe dans l'organisme, lorsqu'apparaissent les manifestations cutanées ; 2° à la microbiologie qui nous renseigne sur l'agent causal de ces affections ; 3° à l'histologie pathologique ; 4° à la chimie biologique qui nous permet d'apprécier les altérations chimiques d'où dérivent certaines de ces affections. Après avoir exposé un essai de classification, ce fil conducteur qui fait que nous pouvons nous retrouver dans ce dédale des affections de la peau, M. Quinquaud étudie cette curieuse affection, le xeroderma pigmentosum dont il présente un cas, puis il fait passer sous les yeux des assistants différents types morbides que l'on rencontre chaque jour dans la pratique. Ces présentations de malades rehaussent encore l'attrait de ces conférences rendues si intéressantes par les aperçus cliniques et scientifiques que sait si bien mettre en relief le savant médecin de l'hôpital St-Louis.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date des 10, 15 et 27 avril 1890, ont été nommés : *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Monin, médecin de l'escadre de la Méditerranée ; le docteur Lautaret, maire de Barcelonnette ; — *Officiers d'Académie.* — Mlle Audibert, maitresse sage-femme à l'hospice de la Maternité de Marseille ; MM. les Drs Casabianca, à Sartène ; Fabry, à Villars ; Mathieu, à Entrevaux ; Moriez, à Nice ; Doze, à Draguignan. — *Légion d'honneur* : M. le Dr Méhier, de Lagnion.

Enseignement de l'obstétrique. — *Pétition des Étudiants en médecine de l'Université de Liège.* — MM. les Etudiants en médecine de l'Université de Liège viennent d'adresser à M. le Ministre de l'instruction publique une pétition, afin de protester contre l'insuffisance pratique de l'enseignement obstétrical, résultant du trop petit nombre d'accouchements affectés à la clinique universitaire.

Influenza. — Un des grands paquebots de la Compagnie générale Transatlantique parti au commencement de décembre, qui n'avait aucun cas de grippe pendant son voyage du Havre à New York, a eu de nombreux malades de cette affection pendant son voyage de retour de New-York au Havre. La grippe, apportée par les steamers venant de Brême et Hambourg, avait, en effet, envahi New-York avant d'être parvenue au Havre (*Bull. Méd.*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mai 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Lapicque.— *Sur les effets physiologiques de la noix de kola.* — M. Lapicque a voyagé deux mois, il y a deux ans, dans les Vosges, en prenant chaque jour de la noix de kola. L'année dernière il a refait l'expérience dans les mêmes conditions en prenant de la caféine. Les résultats ont été sensiblement les mêmes ; par conséquent la noix de kola ne diffère pas du café comme effet ; seulement il faut en employer des doses moindres, car elle contient trois fois plus de caféine.

M. Charrin — *Sur l'immunité.* — La vaccination est souvent la suite de l'introduction dans l'organisme d'une certaine quantité de produits solubles. On a essayé de l'expliquer par l'habitude que les cellules de l'organisme contractent de vivre au contact des produits sécrétés par les microbes. Pourtant l'expérience faite chez le lapin montre que la même quantité de poison soluble suffit à tuer les animaux vaccinés ou non. Par conséquent la vaccine préserve de l'infection ; mais non de l'intoxication ; il s'ensuit que l'hypothèse d'une accoutumance des cellules aux poisons n'est pas admissible. M. Gamaleia a constaté la même chose pour le bacille en virgule de Koch et pour le vibrion de Metschnikoff.

M. Duclaux n'admet pas entièrement ces conclusions, car dans la vaccination il existe de légères quantités de poison sécrétées d'une façon continue, et dans les expériences de M. Charrin on donne d'emblée une dose toxique.

M. Phisalix. — *La circulation embryonnaire chez les Mammifères* présente encore certains stades mal connus. M. Phisalix a pu constater, contrairement à ce que dit Kölliker, que les veines allantoïdiennes et les veines vitellines vont se rendre jusqu'aux canaux de Cuvier. C'est autour des deux veines vitellines que se développe le foie ; les veines allantoïdiennes se réunissent alors aux vitellines au-dessous du foie.

M. Féré continue ses recherches sur le *pouvoir convulsivant et toxique* des urines d'épileptiques. L'urine préparoxystique est beaucoup plus active qui suit les accès. Mais dans l'urine recueillie à la miction qui suit l'accès il existe une certaine quantité d'urine préparoxystique, car le malade ne vide pas sa vessie immédiatement avant de tomber. Il faut donc recueillir et examiner trois urines successives, celle de la miction qui précède l'accès, celle qui la suit immédiatement, et celle de la deuxième miction post-paroxystique. Les urines injectées dans ces conditions à trois lapins de la même portée ont donné des résultats très nets. Avec 20 centimètres cubes de l'urine préparoxystique on obtenait des convulsions. Il fallait pour produire le même effet 10 cc. de l'urine post-paroxystique et 125 cc. de l'urine provenant de la deuxième miction après l'accès.

M. Féré fait quelques remarques sur les *sensations de poids*, à propos des notes récentes adressées par M. Charpentier.

M. Gley dépose, de la part de M. Charpentier, de Nancy, une note sur certains phénomènes de la vision que l'auteur propose de désigner sous le nom d'*interférences rétiniennes.*

M. Fort adresse à M. le Secrétaire une lettre sur l'*action des courants continus et de l'électrisation de l'œsophage sur le pneumogastrique chez l'homme.* A. Pilliet.

Service de santé militaire. — Le Ministre de la guerre a chargé une commission présidée par le général Fay, commandant le 11e corps d'armée, d'élaborer pour le service de santé des armées en campagne un nouveau règlement basé sur les modifications apportées par la nouvelle loi militaire qui institue l'autonomie du service de santé sous l'autorisation du commandant en chef.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. CRIVELLI (de Melbourne) présente les photographies d'une *petite fille âgée de 18 mois qui offre un développement des organes génitaux aussi marqué qu'une jeune fille de 16 ans.* Les mamelles sont bien développées ainsi que le mamelon, le pénil est couvert de duvet, le clitoris assez volumineux. L'enfant se livre du reste à l'onanisme. Les règles sont déjà venues régulièrement depuis trois mois, ayant une durée de trois à quatre jours, et précédées pendant vingt-quatre heures environ d'une sensation de malaise général.

M. DUMONTPALLIER lit une note complémentaire de sa communication de l'an dernier sur *le traitement local de l'endométrite chronique par les cautérisations au crayon de chlorure de zinc.* L'examen des eschares montre qu'il y a bien endométrite et de plus que toute la muqueuse malade a été séparée de l'utérus par le caustique. Après avoir rappelé les conditions de régénération de la muqueuse il indique les moyens de prévenir les atrésies et les sténoses du canal cervico-utérin, et pose les conclusions suivantes : Le traitement de l'endométrite chronique par le crayon de chlorure de zinc est celui qui donne les résultats curatifs les plus constants. Il ne détermine pas de complication inflammatoire péri-utérine ; la douleur post-opératoire peut être très atténuée par une injection hypodermique de morphine dans la paroi abdominale. La muqueuse se régénère rapidement et la menstruation se rétablit au bout de 5 à 6 semaines. Les différentes formes d'atrésie peuvent être évitées par un traitement préventif, et les sténoses tardives peuvent être traitées avec succès par la dilatation.

M. A. ROBIN lit un rapport sur le *service des stagiaires de l'Académie aux Eaux minérales.* L'Académie accorde une récompense de 500 francs à chacun des stagiaires ci-après désignés : MM. Gresset, Gauly, Lamarque et Boutarel.

M. LE DENTU fait un rapport sur l'observation d'*entérostomie* rapportée par M. Bœckel, dans la séance du 29 avril dernier, et qui montre non seulement l'utilité de la laparotomie comme traitement de l'étranglement interne, mais encore le parti qu'on peut tirer de l'incision de l'intestin pour la réduction de l'intestin dans l'abdomen. Pour obvier à la difficulté de réduction, on a trois moyens : la ponction qui ne suffit pas toujours, la création d'un anus contre nature, et enfin l'entérostomie suivie de suture et de réduction immédiates. Pour la ponction, elle peut rendre des services si on se sert d'un gros trocart et qu'on place ensuite un ou deux points de suture sur le point ponctionné. L'anus artificiel, qui n'est qu'une entérostomie définitive, n'a pas lieu d'être appliqué de préférence. Le procédé de M. Bœckel, appliqué déjà par Madelung et Terrier, est donc recommandable en cas d'insuccès des ponctions multiples.

ÉLECTION d'un membre titulaire dans la *section de Pathologie chirurgicale.* Votants, 73. Majorité 37 : M. TERRIER est élu par 57 voix contre 11 à M. Périer, 2 à M. Berger, 1 à M. Nicaise et à M. Hortcloup et 1 bulletin blanc.

Sur le rapport de M. Féréol, la liste des présentations pour le titre de *correspondant national* (1re division) est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Lacassagne (de Lyon) ; 2° M. Gros (d'Alger) ; 3° M. De Brun (de Beyrouth) ; 4° et *ex æquo* MM. Niepce (d'Allevard), Trastour (de Nantes) et Duché de (Ouaune). PAUL SOLLIER.

HÔPITAUX DE ROUEN. — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. Robert-Leudet, ancien interne des hopitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — MM. Albert DEVELAY et Georges PISSON sont chargés d'une mission scientifique dans l'Asie-Mineure, la Perse et l'Afghanistan, à l'effet d'y recueillir des documents d'ordre géographique, philologique et ethnographique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

M. POLAILLON dépose une note de M. CHAPUT sur le *traitement de l'anus contre nature.*

M. MONOD lit une observation de M. SURMAY, membre correspondant, ayant trait à une *fracture de la clavicule.*

M. MONOD, à propos du procès-verbal et de la communication de M. Routier sur *l'occlusion intestinale aiguë,* rapporte le fait suivant :

Obs. Homme de 18 ans présentant tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë : pas de température, tympanisme, etc. Lavement électrique sans résultat. Laparotomie sans diagnostic précis. On trouva d'abord des anses distendues, violacées, encombrant le champ opératoire, puis, après quelques recherches, une anse affaissée, grisâtre, indiquant que l'intestin était pincé quelque part. L'intestin *était étranglé en anneau,* ajoute M. Monod ; il n'y avait pas de trou ni d'orifice dans lequel il fut engagé. On le dégagea, nettoya l'abdomen, ferma le ventre. Les suites furent des plus simples, malgré une légère désunion superficielle de la plaie. Le malade est guéri. Il a été suivi 6 semaines à l'hôpital.

M. Monod fait à ce propos une double remarque : Il ne faut pas essayer les purgatifs dans les cas aigus. Avant la laparotomie, il n'y a à tenter que l'électricité, pour éliminer la possibilité d'une simple rétention de matières et exciter plusieurs fois l'intestin pour voir si les accidents disparaîtront, comme cela a eu lieu parfois. D'autre part, il y a dans ces interventions, toute question d'antisepsie mise de côté, une question de chance. Car on peut ne pas tomber de suite sur l'agent d'étranglement et le laisser échapper.

M. Monod a fait trois autres laparotomies d'urgence pour des lésions abdominales (blessure du foie par coup de feu, cancer de l'intestin, etc.). Il ajoute qu'il est impossible de réunir tous ces cas dans une même statistique, car aucun d'entre eux ne se ressemble.

M. MARCHAND a fait, dans un cas, une laparotomie chez un malade soupçonné d'occlusion intestinale aiguë. Intervention tardive. On trouva une péritonite purulente et il sortit du péritoine un litre de pus. Guérison après lavage. Pour M. Marchand, il y a des cas où le diagnostic de péritonite et d'occlusion est impossible.

M. TERRILLON possède 5 cas analogues à celui de M. Marchand. 2 fois il ne put faire le diagnostic. Mais, ayant lu alors le travail de M. Duplay, dans lequel il est montré qu'une matité relative constatée à la partie inférieure du ventre est le meilleur signe de diagnostic entre la péritonite et l'occlusion, il fit ensuite 3 fois le diagnostic de péritonite. Le siège de la douleur en bas est aussi un bon signe.

M. TERRIER est de cet avis.

M. QUÉNU. — Quoi qu'on en dise, il y a des cas où le diagnostic est impossible. Il cite une observation de péritonite dans laquelle il libéra les anses intestinales, les mobilisa et plaça un drain dans le cul-de-sac postérieur, après avoir évacué le liquide. Il se forma une fistule stercorale le long du drain ; elle guérit d'ailleurs. Ainsi, dans ce cas, où on avait fait le diagnostic d'obstruction intestinale, on trouva à la laparotomie une péritonite de nature inconnue.

M. JALAGUIER est de l'avis de M. Quénu. Il peut y avoir des péritonites où la matité inférieure n'existe pas. Il cite deux observations très démonstratives à ce point de vue, et dans lesquelles il s'agissait d'inflammation de l'appendice iléo-cæcal (appendiculite) suppurée.

M. TERRIER. — La submatité inférieure est parfois masquée totalement par de la sonorité due aux anses intestinales placées en avant ; même quand elle existe, elle n'est jamais bien franche. Cependant il faut la rechercher avec soin dans tous les cas

M. QUENU, à propos du procès-verbal, présente des instruments qu'il a essayé de stériliser avec l'*étuve à chaleur humide* dont il a fait la description dans la dernière séance. Les instruments en nickel ne sont pas trop altérés ; mais les lames sont détériorées. Jusqu'à nouvel ordre, l'étuve à air sec doit donc être préférée pour les instruments. Cependant, M. Quénu, pour remédier aux inconvénients que présente l'étuve de M. Poupinel, emploie une étuve échauffée par un bain de glycérine porté à

140°. De plus, cette étuve est divisée en cloisons creuses, pleines elles-mêmes de glycérine. Les boîtes à instruments remplissent exactement l'intervalle des cloisons. De la sorte, la quantité d'air contenue dans l'étuve est réduite à son minimum. M. Quénu reconnaît que ce n'est pas encore là l'idéal au point de vue de l'asepsie et qu'il faut encore chercher dans ce sens.

M. TERRIER, à propos du procès-verbal, dit que la *tumeur du mésentère* qu'il a présentée dans la dernière séance était un *sarcome* atteint de dégénérescence graisseuse, en certains points; ce qui explique pourquoi on avait cru tout d'abord à un myxolipome.

M. Terrier présente une autre *tumeur du mésentère* qu'il a enlevée récemment. En réalité, c'était une tumeur d'origine intestinale adhérente à l'épiploon et à la paroi abdominale. Il s'agissait d'un homme atteint de douleurs vagues dans le ventre depuis quelque temps et porteur d'une tumeur abdominale. Aucun diagnostic ne put être porté; cependant on pouvait passer le doigt en déprimant la paroi abdominale entre les joues du bassin et la masse d'apparence solide. On savait seulement qu'il s'agissait d'une collection liquide, car une ponction antérieurement faite avait donné issue à du liquide sanguinolent. A la laparotomie sous-ombilicale, on tomba sur une tumeur adhérente ayant l'apparence d'un kyste de l'ovaire. Cependant la surface externe de la poche était grisâtre, congestionnée, saignait faiblement; son aspect était spécial et se rapprochait un peu de celui d'une poche anévrysmale. On retira, par une ponction faite à ce moment, un peu de liquide sanguin. La tumeur fut ensuite isolée, séparée à gauche et surtout à droite d'adhérences épiploïques et d'adhérences mésentériques, et enfin énucléée. Elle avait alors la forme d'une boule bien sphérique, encore distendue par du liquide et réunie au bord externe, *convexe*, non mésentérique de l'intestin, par un pédicule large de 2 cm. carrés et formé d'énormes vaisseaux battant sous le doigt. Ce pédicule fut lié comme d'habitude à l'aide d'une ligature en chaîne (3 fils) et, à l'aide de ces fils, fixé à la partie supérieure de la plaie abdominale. Après nettoyage du bassin, fermeture du ventre. Le malade va très bien. M. Terrier se réserve l'interprétation de ce fait qui lui semble rare et curieux. S'agit-il d'une tumeur maligne développée sur l'intestin et contenant un énorme épanchement de sang, ou bien d'un *épanchement de sang dans le diverticule de Meckel persistant et altéré?* Il incline vers cette dernière hypothèse. Il fera faire l'examen histologique.

M. VERNEUIL fait une longue communication sur l'emploi des *pulvérisations prolongées d'acide phénique dans certains cas de cancers du sein et de mammites compliquées*. — Il cite des faits se rapportant à des mammites aiguës, à des mammites avec fistules, compliquées d'érysipèle, à des mammites chroniques, à des énormes cancers du sein, etc. Dans tous les cas, les pulvérisations d'eau phéniquée, boriquée, chloralée, ont donné de superbes résultats.

M. RICARD présente un petit *kyste dermoïde de l'ovaire* enlevé sur une femme ayant des phénomènes d'obstruction intestinale aiguë. La malade a parfaitement guéri. (Renvoi à une Commission).

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 12 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

Des exhibitionnistes.

M. MAGNAN. — Parmi les anomalies sexuelles, une place importante appartient à la disposition maladive à l'étalage des organes génitaux. La première observation sur les exhibitionnistes a été publiée par Lasègue (1). Cet éminent aliéniste a relaté l'observation d'un jeune homme fort distingué qui, presque tous les soirs, se présentait dans les églises devant une femme en prière, étalait devant elle ses organes génitaux, et quelques instants après disparaissait dans l'ombre. Lasègue, appelé en qualité d'expert, a pu constater chez cet individu l'existence d'une impulsion invincible qui était précédée d'une période d'anxiété, et, malgré ces signes importants, il pensait qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité.

(1) *Union médicale*, mai 1877.

Telle n'est pas l'opinion de M. Magnan, car cette observation est assurément incomplète et manque de renseignements passés alors inaperçus qui auraient pu mieux éclairer l'histoire pathologique de ce jeune dégénéré. Morel, dans une monographie sur le délire émotif (1), rattache les syndromes tels que la folie du doute, le délire du toucher, etc., à ce délire qu'il considère comme une espèce pathologique distincte, séparée du grand groupe des dégénérescences. Pour M. Magnan, cette séparation a fait perdre de vue les caractères communs qui rapprochent, au contraire, tous ces malades; car, si l'on compare entre elles les diverses variétés d'obsessions et d'impulsions (l'onomatomanie, la dipsomanie, la sitiomanie, les appétits irrésistibles du sens génital et tant d'autres), on voit que dans tous ces syndromes épisodiques le trouble mental réside dans un besoin impérieux d'un centre en état de surexcitation qui réclame, comme un tyran, le retour d'une sensation déjà perçue. Ainsi, dans l'onomatomanie, qui consiste dans une impulsion irrésistible à rechercher le mot, les dégénérés éprouvent une angoisse terrible quand leur centre cortical visuel ou leur centre cortical auditif réclament l'image graphique ou tonale qui les a impressionnés antérieurement (2). L'impulsion irrésistible, l'anxiété sont aussi les caractères des exhibitionnistes. M. Magnan cite deux observations personnelles. La première est relative à un nommé G..., garçon de café, âgé de 29 ans, qui a été arrêté, le 20 avril 1888, à l'église St-Germain-l'Auxerrois, au moment où, placé dans le tambour de la porte d'entrée, il venait d'exhiber ses organes génitaux aux regards de plusieurs ouvrières d'un atelier situé en face.

Arrêté, G... ne cherche pas à se disculper; il avoue tout; il est honteux et profondément attristé. Les antécédents héréditaires de G... sont graves: père violent, mère hystérique. G... lui-même est atteint d'un tic de la face; il est émotif, sanglotant au moindre prétexte, irrégulier dans son travail, éprouvant un priapisme génital presque permanent; ses appétits sexuels présentent par intervalles des paroxysmes pendant lesquels G... éprouve des maux de tête, de la confusion dans les idées, de l'incertitude de la mémoire; il commet des erreurs, des oublis dans son travail. C'est dans un de ces paroxysmes qu'il s'est livré déjà en 1887 à l'exhibition dans la rue Bréda. Crainte de céder à cet appétit sexuel bizarre, lutte intérieure de tous les instants, obsession tenace, opiniâtre, angoisse, et enfin immense soulagement à la satisfaction de l'impulsion — tous ces signes si fréquents chez les dégénérés, se trouvent nettement établis chez G..., et M. Magnan a conclu que cet individu n'est pas responsable d'un acte qui repose tout entier sur une perversion délirante du sens génital. G... a été acquitté.

M. Magnan a actuellement dans son service un autre exhibitionniste, un nommé B..., âgé de 27 ans. C'est un dégénéré, également impulsif, mais avec cette particularité que l'impulsion, réprimée fréquemment par les efforts de la volonté, devient invincible sous l'influence de quelques excès alcooliques. Les véritables exhibitionnistes, les impulsifs proprement dits sont les moins nombreux et il faut distinguer ceux-là de ceux qu'on trouve quelquefois dans les cas de démence sénile, de paralysie générale, d'épilepsie, d'imbécillité. Parmi les exhibitionnistes il en est qui se contentent d'étaler leurs organes génitaux; d'autres qui associent l'exhibition à l'onanisme; d'autres enfin se livrent au contact plus direct et, selon leur expression, se livrent au « frottage ». Un de ces « frotteurs », mari d'une brave crémière, avait l'habitude d'ouvrir la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt; le contact du lait lui donnait d'après lui, une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et, pour son déjeuner, il puisait, sans répugnance à cette même boîte. « En résumé, dit « M. Magnan, le groupement des malades d'après l'acte accom- « pli, groupement qui a donné les kleptomanes, les pyromanes,

(1) Morel. — *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*. Paris, 1866.

(2) Voir Charcot et Magnan. — *De l'Onomatomanie.* — *Arch. de Neur.*, n° 29, sept. 1885.

« les fous homicides, suicides, les exhibitionnistes, etc..., est « sans doute intéressant au point de vue séméiologique, mais « chaque cas réclame un examen particulier. Le médecin « légiste est tenu de faire œuvre de clinicien, de pousser ses « recherches au delà de l'acte et de puiser dans l'histoire « complète du sujet les éléments qui doivent servir de base à « son jugement ».

Avant de terminer sa communication, M. Magnan relate l'observation d'un nouveau *coupeur de nattes* qui est actuellement dans son service. C'est un nommé M... Eugène, âgé de 25 ans. Soumis à un examen médico-légal il a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu sur le rapport de M. Garnier.

Le *coupeur de nattes* de M. Motet, sorti de Sainte-Anne le 25 février 1890, a repris ses occupations et jusqu'à présent sa santé est parfaite : l'ancienne idée obsédante l'a complètement abandonné.

J. Roubinouvitch.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 Mai 1890. — Présidence de M. Polaillon.

M. Michel apporte au procès-verbal quelques rectifications relatives à la situation du *puits Lefort* sur le cours de la Loire, et donne des explications sur les raisons qui ont motivé l'avis de la commission à l'égard du filtre Maignen.

M. le Secrétaire général, à propos de la discussion du rapport de la commission chargée d'étudier les divers *projets de loi sur l'exercice de la médecine* déposés à la Chambre des Députés, fait remarquer l'influence relativement faible que pourrait avoir l'opinion de la Société exprimée isolément. Il y aurait lieu de provoquer, pour l'étude de cette question, une réunion de délégués de toutes les Sociétés médicales de Paris. L'avis de ce Congrès aurait une importance réelle, car il serait l'expression des opinions d'un grand nombre de médecins. Cette proposition est adoptée.

L'Anémonine au point de vue thérapeutique.

M. Bovet (de Pougues), après avoir rappelé les essais faits sur l'Anémonine par MM. Huchard et Eloy, dans le but d'accélérer la tension vasculaire, puis les guérisons obtenues par MM. Bazy et Dormant dans les cas d'orchite blennorrhagique (1), fait ressortir l'action de ce médicament dans certaines affections utérines où l'élément douleur était la caractéristique dominante de la maladie. Trente-quatre cas, se décomposant par 22 de dysménorrhées avec menstruation douloureuse, 6 métrites et périmétrites, 2 prolapsus utérins, 2 ovaro-salpingites, 2 endométrites fongueuses, ont été traités par des doses d'Anémonine variant de 0,05 à 0,20 centigr. par jour. Dans les cas simples de règles difficiles avec ou sans leucorrhée, non seulement le flux cataménial s'est effectué régulièrement et sans provoquer les douleurs habituelles, mais la guérison s'en est suivie. Dans les cas graves où la médication ressortait plutôt du domaine de la chirurgie, l'anémonine a agi comme un sédatif puissant, montrant en cela qu'elle était un adjuvant utile pour le chirurgien. M. Bovet cite, à l'appui, plusieurs observations destinées à justifier le rôle qu'il attribue à l'anémonine d'être l'*analgésique* par excellence des maladies utérines. Il montre que dans les cas où la guérison ne pouvait être complète, l'amélioration a été assez sensible pour faire de ce médicament le complément indispensable de certaines pratiques chirurgicales. Enfin, au point de vue physiologique, l'auteur voit une certaine connexité entre les faits obtenus par M. Bazy dans l'orchite blennorrhagique et l'action décongestive produite sur l'utérus ou ses annexes. N'est-il pas rationnel d'admettre qu'agissant dans les deux sexes sur des organes de même région, c'est-à-dire sur des filets nerveux correspondants, il y ait identité dans les effets: les résultats constatés par ces praticiens tendent à l'établir.

Etranglement de la verge par un anneau de fer.

M. Laburthe — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui s'était introduit à la base de la verge un anneau de fer. La verge s'était énormément gonflée, la peau en était tendue, luisante, noirâtre, présentant plusieurs points sphacélés et laissant écouler un liquide sanguinolent. En déprimant fortement la peau, il fut possible de glisser entre la verge et l'anneau une sonde cannelée et sur cette sonde, comme guide et comme appui, on usa l'anneau à la lime, jusqu'à ce qu'à l'aide de pinces on put l'ouvrir. Cet anneau mesurait 0,068 millimètres de circonférence, 0,002 millimètres d'épaisseur et 0,013 millimètres de hauteur. Après l'ablation de l'anneau, le malade fut guéri en 4 à 5 jours.

M. Gillet de Grandmont cite un cas analogue qui se produisit dans le service de Chassaignac, alors qu'il était interne. C'était un avocat qui, étant au bain, introduisit sa verge dans le bec de canne du robinet. L'opération fut difficile et laborieuse, parce que le cuivre glissait sous les instruments; aussi le patient fut-il légèrement meurtri par l'opérateur, qui réussit complètement.

M. Delthil rapporte un fait qu'il a observé dans un pensionnat. Une petite fille s'amusait à faire glisser autour de son clitoris la boucle d'un nœud coulant fait avec du fil. Le fil vint à se rompre et le nœud s'était serré, par suite du gonflement du clitoris. Une pression permit de faire éclater l'anse du nœud et la malade fut soulagée.

Le Secrétaire annuel, M. Lecerf.

BIBLIOGRAPHIE

Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889 à Paris; par Marcel Baudouin, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Kéraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Regnier et A. Rousselet, 1 vol. in-8° de près de 600 pages, avec près de 300 figures. = Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, et librairie Lecrosnier et Babé, 1889.

Le *Guide médical* à l'Exposition universelle de 1889 est complet depuis quelques mois. Les deux derniers fascicules n'ayant pu être donnés au public qu'après la clôture de l'Exposition, le titre de *Guide* semblera peu justifié. Et cependant le livre n'en sera pas moins utile. Car il présente l'ensemble des progrès accomplis dans l'outillage scientifique, dans l'arsenal thérapeutique, médical, chirurgical et obstétrical, dans la librairie médicale, dans le matériel de l'hygiène, etc., etc.

L'ouvrage de M. Marcel Baudouin et de ses collaborateurs devient donc un memento pour ceux qui ont visité l'Exposition et un répertoire pour ceux qui n'ont pu la voir ou ne l'ont qu'insuffisamment explorée.

Le 1er fascicule était consacré aux instruments de chirurgie et aux appareils de précision. Le 2e traite de tout ce qui a rapport à l'anatomie humaine : pièces artificielles ou naturelles, dessins anatomiques; puis des pièces d'anatomie vétérinaire, des pièces et dessins de zoologie médicale et d'anatomie comparée.

La thérapeutique médicale, la pharmacologie, la matière médicale, y compris les Eaux minérales, viennent ensuite. Une partie spéciale a pour titre : *Les Microbes à l'Exposition.*

En face de la richesse de l'exposition des laboratoires français (Faculté de médecine de Paris, écoles vétérinaires, laboratoire de l'Institut agronomique, laboratoire de la ville de Paris, Collège de France, etc.) nous regrettons que dans les pays étrangers on n'ait eu à s'occuper que du Danemark et de la Norwège.

Une partie bien plus importante est celle qui a trait à l'*Hygiène et à l'Assistance publique.*

Le 3e fascicule comprend d'abord l'Exposition des sciences se rattachant à la médecine : Sciences anthropologiques et Ethnographie; puis vient le chapitre des *Arts libéraux* qui ont rapport à la médecine (librairie médicale, photographie et ses applications aux sciences biologiques et aux recherches scientifiques).

Enfin, dans une dernière division, on jette un coup d'œil sur les Beaux-Arts au point de vue médical, avant de terminer par des renseignements sur le fonctionnement médical de l'Exposition, qu'il s'agisse de l'organisation et des résultats du service médical ou des Congrès scientifiques que la période de l'Exposition a vu se produire et a favorisés ou encore d'indications sur les Commissions

(1) Voir, dans le dernier numéro une communication sur ce sujet à la Société de *Dermatologie*.

ou jurys des classes, se rapportant aux sciences biologiques et sur les récompenses décernées aux exposants, ou enfin des conférences et visites médicales faites à l'Exposition).

Ce livre important présente en outre un appendice où nous trouvons une bibliographie médicale de l'Exposition (livres et articles de journaux).

On le voit, si ce ne peut être un vade-mecum du visiteur, c'est un véritable compendium résumant et analysant tout ce qui a pu intéresser le médecin dans cet étalage international que M. Marcel Baudouin et ses collaborateurs ont eu le mérite de produire.

Pour faire connaître l'intérêt d'un tel travail il nous parait suffisant d'en avoir indiqué les grandes divisions. Mais pour compléter l'éloge que mérite une pareille entreprise, nous ajouterons que les diverses parties ont été traitées consciencieusement et avec compétence. C'est donc là un livre utile et qui sera toujours bon à consulter.

(*Gaz. Méd. de Paris*). Dr P. Fabre (de Commentry).

Manuel pratique de la Garde-Malade et de l'Infirmière; publié par le Dr Bourneville.

La quatrième édition de ce Manuel est divisée en cinq volumes.

Le tome Ier renferme l'anatomie et la physiologie ; il a été rédigé par MM. Duret et Regnard. En moins de 150 pages, il donne une idée très nette de l'organisme humain, des figures bien faites aident à l'intelligence du texte et impriment facilement dans la mémoire les notions les plus importantes. Le tout est exposé en termes pas trop scientifiques, les appellations savantes sont tournées ou expliquées, si on n'a pu les éviter. Des remarques d'une application pratique, immédiate, sont faites toutes les fois que l'occasion s'en présente et tempèrent l'aridité du sujet qui risquerait fort de dégoûter des esprits mal préparés.

Le tome II, traitant de l'administration et de la comptabilité hospitalières, donne à l'infirmier la notion de ce qu'il est et du rôle qu'il doit remplir dans l'organisation de l'Assistance publique; il raconte les luttes qu'a dû soutenir le promoteur de la laïcisation. Je suis loin de contester l'importance de ce volume au point de vue de la discipline, de l'esprit de corps à imposer aux infirmiers; mais au point de vue médical, il intéresse moins que les autres et sa lecture ne peut servir qu'aux seuls serviteurs de l'Assistance publique de Paris. On me dira que l'ouvrage tout entier n'a pas été fait en vue d'un autre personnel que celui-là. Peut-être, mais je trouve ses autres parties si bien comprises, comme on le verra par la suite de cet article, que je le regarde comme un livre utile à tous, et qui devrait se trouver non seulement entre les mains des gardes-malades de profession, mais devenir le guide de tous ceux sur qui pèse la responsabilité d'une famille.

Les pansements prennent les 350 pages du tome III. La salle d'hôpital, la chambre du malade seront aérées, chauffées, nettoyées, selon des règles judicieusement posées et faciles à retenir — les lits faits et garnis suivant les cas et les malades, les ustensiles disposés de la façon la plus pratique. Tout cela constitue un chapitre que le médecin même lira avec intérêt; il risquera d'y trouver force petits détails utiles qu'aucune clinique ne lui enseigna jamais et dont il pourra faire profiter ses aides. Plus loin, nous trouvons la manière de transporter les blessés, de déshabiller et de coucher les malades. Puis vient une description, avec figures, des principaux instruments de pansement, des substances employées. Cette exposition aboutit naturellement à la description du pansement antiseptique avec ses appareils et ses solutions. Puis on étudie successivement les pansements par imbibition, par irrigation, la glace, les fomentations, les liniments, les embrocations. Plus loin, les collutoires, les dentifrices, les gargarismes, les collyres, les injections, les lavements, les emplâtres, les cataplasmes, les vésicatoires, le pansement des cautères. Les fumigations, les pulvérisations sont décrites dans un style clair, simple, qu'on retrouve dans tout l'ouvrage. Les bandages et appareils de contention forment la division suivante. Le pansement des plaies, et le rôle de l'infirmier pendant les petites opérations, est tracé nettement, mais de manière à ne pas lui donner l'envie d'empiéter sur les attributions du médecin. Des recommandations pratiques sur le cathétérisme, l'injection hypodermique, terminent cette partie qui possède encore une exposition très suffisante du massage, de l'hydrothérapie.

Le tome IV traite : 1° des soins à donner aux femmes en travail, aux accouchées et aux enfants nouveau-nés. Je ne désire qu'une chose, c'est de n'avoir jamais près de moi, dans les cas sérieux d'obstétrique, aucune autre garde-malade que celle qui sera bien pénétrée de l'esprit de ce livre; 2° des soins à donner aux aliénés. Qui a été témoin de la sollicitude paternelle de M. Bourneville pour les petits gâteux de Bicêtre, doit supposer avec quel soin cette partie de l'ouvrage est traitée. Enfin, comme il est bon que l'infirmier ait quelques notions sur les médicaments qu'il est chargé de distribuer, une cinquantaine de pages sont consacrées à la description des principaux modes de préparations pharmaceutiques et à la façon de les infliger aux patients. Un petit dictionnaire des termes médicaux les plus employés termine le volume.

Le tome V, dû à M. Sollier, est consacré à l'*hygiène*. L'air, la lumière, la chaleur, l'électricité, le vent, sont étudiés au point de vue de leur action sur l'organisme et des moyens qui peuvent rendre cette action favorable. Les précautions à prendre contre les endémies, la lutte contre les épidémies, les considérations sur le choix de l'habitation, le chauffage, l'éclairage, le vêtement, les aliments et leur sophistication, font de ce volume un petit traité élémentaire d'une lecture facile et dont tout le monde peut faire son profit. Pour moi, il ne rentre plus dans le *Manuel*, il en est seulement une annexe utile.

Je crois qu'actuellement il serait difficile de demander aux infirmiers une connaissance complète des cinq volumes du *Manuel*; il faut se contenter de la partie pratique des tomes III et IV. Petit à petit, par suite du relèvement intellectuel de cette classe longtemps traitée comme simples hommes de peine, on pourra étendre l'instruction et aborder avec fruit l'étude complète de la petite anatomie et des notions d'hygiène et de comptabilité. Nous n'en devons pas moins remercier chaleureusement M. Bourneville, qui a eu l'initiative et la direction de ce travail. Il nous fournit, dès maintenant, des aides plus éclairés et dociles, et si son ouvrage est lu, comme il le mérite, nous aurons sous la main, dans toutes les familles, quelqu'un pour donner aux malades ces milles petits soins qui ne sont pas moins nécessaires que les opérations et les médicaments du médecin.

De l'Aphasie et de ses diverses formes; par M. le Dr Bernard. 2e édition, annotée par Ch. Féré, médecin de Bicêtre, 1889. Bureaux du *Progrès médical*.

Le succès de cette thèse, qui obtint des récompenses à la Faculté, à la Société médico-psychologique et à l'Institut, avait encouragé son auteur à continuer son étude et à la tenir au courant des travaux récents. Il allait rassembler ces nouveaux matériaux pour donner une seconde édition de son livre lorsqu'il fut enlevé par une mort prématurée. Le Dr Féré a tenu à exécuter les intentions de son ami et a réédité cet ouvrage en utilisant les notes du Dr Bernard. On doit l'en remercier d'autant plus qu'il a ajouté lui-même un certain nombre de notes personnelles et d'éclaircissements qui augmentent encore la valeur de cette monographie déjà si justement appréciée et qui est peut-être la plus complète aujourd'hui sur la question de l'aphasie.

Honoraires médico-légaux. — *Affaire des médecins de Rodez.* — L'affaire des médecins de Rodez est venue, la semaine dernière, devant le tribunal de Millau. Le tribunal, jugeant en dernier ressort, a maintenu la condamnation prononcée et a condamné les contrevenants aux frais. — Voilà donc une affaire définitivement réglée. Il est regrettable que, pour attirer l'attention du Gouvernement sur ces faits, bien connus de nos lecteurs, les médecins aient dû se vouer à une condamnation, d'ailleurs inévitable. Puisse leur martyre servir à quelque chose !

Ecole du Service de santé militaire. — Le nombre des candidats à admettre cette année à l'Ecole du Service de santé militaire est de 15 pour les élèves à 8 inscriptions, de 65 pour ceux à 4 inscriptions. C'est pour la dernière fois que 35 élèves à 8 inscriptions sont admis à concourir.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Du Restraint et du Non-Restraint en Angleterre (1);

par le Dr René SEMELAIGNE.

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint des maladies mentales.

> Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée.
>
> Philippe PINEL.

Pendant notre séjour à Londres, il nous a été donné, grâce à la bienveillance si connue du Dr Hack Tuke, de visiter l'asile de Hanwell, où le souvenir de Conolly est toujours vivace et où les doctrines de ce grand philanthrope sont appliquées dans toute leur rigueur. Le Dr Alexander, superintendant de l'asile, a bien voulu nous servir de guide et nous initier au mode de traitement en usage. Notre attention se trouvant ainsi attirée sur la question du restraint et non-restraint, nous avons été amenés à étudier ce sujet soumis encore à tant de controverses. Sur un terrain aussi brûlant. bien des gens se refusent à toute discussion; ils ne voient qu'un principe, et des attaques passionnées remplacent les arguments scientifiques. Dieu merci, elle est loin de nous cette époque inhumaine où les aliénés, couverts de chaînes, croupissaient dans d'infects cabanons; leurs fers sont tombés, ils ont été rendus au jour, à la lumière, et douceur et bienveillance ont succédé à rudesse et brutalité. Nous sommes entrés dans une ère nouvelle; il est temps enfin de discuter avec calme, sans parti pris et de juger le meilleur système pour la protection et le bien-être des malades. Le médecin aliéniste ne doit avoir qu'un but: le soulagement et, si possible, la guérison des infortunés confiés à ses soins. Que lui importent les clameurs d'une foule ignorante, s'il a sa conscience pour lui.

Qu'entend-on par non-restraint? Les médecins anglais désignent exclusivement sous ce nom le non-usage du restraint physique s'exerçant sur les membres, au moyen du gilet de force, d'entraves, etc. Ainsi, s'emparer par la force d'un malade agité, le transporter dans sa chambre et l'empêcher d'en sortir pendant un temps plus ou moins long, n'est pas considéré comme restraint, ce qui prouve combien est impropre le terme choisi. Car enfin, l'acte même de conduire un aliéné dans un asile et de l'y maintenir contre sa volonté, n'est-ce pas du restraint au premier chef? Mais la dénomination de restraint ou de non-restraint étant passée dans le langage courant, nous ne chicanerons pas davantage à ce sujet. Nous n'avons d'ailleurs l'intention que d'être un historien impartial et nous exposerons simplement les faits tels qu'ils se présentent à nous.

Nous n'exposerons pas dans ses détails le système du non-restraint, cette description ayant été faite plus d'une fois et par des plumes beaucoup plus autorisées que la nôtre, et nous nous contenterons de résumer le plus succinctement possible les idées de Conolly.

Partant de ce principe que tout aliéné vient à l'asile pour y être guéri, ou, s'il est incurable, pour être protégé et soigné, préservé de tout mal et calmé; admettant, d'autre part, que la camisole de force ne produit aucun de ces résultats, le médecin de Hanwell et ses successeurs libèrent de tout lien le maniaque le plus violent. Ils le rassurent par quelques paroles bienveillantes et le font conduire au bain, puis au réfectoire. Tant que le malade peut rester libre avec bénéfice pour lui-même et sécurité pour les autres, on se borne à le munir de vêtements solides et à exercer sur lui une surveillance active. Si son état de violence constitue un danger sérieux, il est conduit dans la chambre capitonnée dont l'avantage, suivant Conolly, est de remplacer et le restraint mécanique et la force musculaire des gardiens. Mais comment s'opère la seclusion? Un certain nombre de gardiens s'assemblent sans bruit, attirent l'attention de l'aliéné et parfois lui persuadent de les suivre. Refuse-t-il, il est saisi rapidement, transporté dans la chambre et déposé sur le sol capitonné. Dès qu'il devient plus calme, on lui offre soit de la nourriture, soit une boisson quelconque et l'on tâche de l'apaiser par de douces paroles. Les malades qui ne veulent pas se coucher n'y sont pas contraints; on les couvre de bons vêtements, de chaussures chaudes et on les laisse circuler. S'ils appellent pendant la nuit, on leur demande où ils souffrent et ce qu'ils désirent; voyant que l'on s'occupe d'eux et qu'on n'est animé que d'intentions bienveillantes à leur égard, ils finissent par s'endormir. « C'est ainsi, dit Conolly, qu'on n'entend plus ces cris et ces hurlements qui troublaient si souvent les quartiers. L'ancien système plaçait tout aliéné violent ou agité au rang d'animal dangereux; le nouveau système le considère comme un malade dont le cerveau et les nerfs sont en souffrance et qui doit être ramené à la santé, au bien-être et à la raison. » Dans un asile dirigé suivant les principes du non-restraint, les gardiens doivent être nombreux et doués de qualités solides; aussi Conolly attache-t-il la plus grande importance à leur choix, dont le médecin seul aura la responsabilité, car il a besoin d'aides pleins d'entrain et de santé, d'un bon naturel et doués de bon sens. C'est sur eux qu'il se repose des détails de chaque jour. Ils doivent être actifs et vigilants, prévenir les accidents, s'opposer aux accès de violence et se faire les compagnons de leurs malades, en s'efforçant de les amuser, de les calmer et de les diriger; notant avec soin leur démarche, leurs actes, leurs paroles, rapportant au médecin leurs besoins et leurs désirs, sans laisser passer inaperçus les indices d'amélioration, et tout cela s'accomplira avec gaîté et un empire complet sur soi-même. Le Dr Conolly déclare, d'après sa longue expérience, qu'il n'est pas difficile de trouver et de conserver de tels hommes, si on les choisit avec une sérieuse discrétion et si on les dirige avec bienveillance et équité. « Tous les moyens variés que je décris, dit-il, semblent, si on les examine en particulier, de peu d'importance, quelquefois même fatigants dans leurs détails; ils n'en forment pas moins, dans leur ensemble, un système complet n'ayant qu'un seul but, et c'est grâce à eux que l'organisation entière de l'asile, que les faits et accidents de chaque jour deviennent partie intégrante du traitement. Tout acte d'un surveillant, toute parole d'un sain d'esprit à un aliéné, est en conformité d'un plan que dirige le médecin en chef, plan qu'exécutent dans ses détails des aides actifs et sûrs, et qui n'a qu'un objet: le bonheur des malades, le soulagement ou la guérison des soucis et troubles de l'âme, la restauration du calme et de la puissance de l'esprit. » Conolly, animé d'une sincérité profonde et de la plus pure philanthropie, se voua tout entier à son œuvre: la répression des abus, le bien-être des malades. Cela suffit à lui assurer le respect de la postérité et à le classer parmi les bienfaiteurs des aliénés. Mais nous ne saurions admettre qu'on le considère comme le créateur du traitement moral que plus d'un médecin illustre a pratiqué avant lui et dont on retrouve les germes dès la plus haute antiquité. Prenons par exemple deux hommes dont les écrits ont pu pénétrer jusqu'à nous, Celse et Cælius Aurelianus, et nous trouverons dans l'œuvre de ces grands maîtres plus d'un principe qu'on applique aujourd'hui comme chose nouvelle. Les hommes changent, les siècles passent, mais les idées reviennent.

Celse, dans les soins à donner aux aliénés, attache la plus grande importance au traitement moral. Un des premiers points, suivant lui, est d'enlever les malades à leur milieu habituel; la raison leur revient-elle, il les fait voyager tous les ans. Pour les agités, il conseille l'isolement dans une chambre séparée, soit éclairée, soit obs-

(1) Le manuscrit de ce travail nous a été remis il y a plusieurs mois; des circonstances indépendantes de notre volonté en ont retardé jusqu'à ce jour la publication.

cure. N'est-ce pas déjà le système auquel les Anglais ont donné le nom de *seclusion*. Chez certains aliénés, Celse croit la réprimande et la menace nécessaires, mais, en général, il préfère entrer dans la folie du malade, au lieu de la combattre, et le ramène ainsi, par degrés, à la raison. S'agit-il d'un homme de lettres, on a recours aux lectures propres à captiver son attention et à réveiller les sensations éteintes. Les malades qui refusent les aliments seront placés au milieu des convives et peut-être le goût de la nourriture renaîtra-t-il. Quant aux moyens coercitifs, ils sont inutiles pour ceux qui n'ont qu'un délire de paroles ou peu d'agitation, mais les violents sont attachés et mis par suite hors d'état de nuire à eux-mêmes ou à ceux qui les entourent. Les aliénés rebelles sont domptés par le jeûne, les chaînes et les châtiments. Ces derniers conseils jettent une ombre au tableau, mais avant de condamner leur auteur il faut se reporter aux mœurs de l'époque où il vivait.

Cœlius Aurelianus prescrit aussi l'isolement; le malade sera placé dans un endroit faiblement éclairé, loin de tout bruit, aux fenêtres élevées et de préférence au rez-de-chaussée pour éviter les chutes. Toutes allées et venues dans la chambre sont sévèrement interdites. « Pour apaiser la fureur, il est parfois nécessaire de paraître céder à la volonté des malades. » Aussi les gardiens sont-ils soigneusement choisis, habilement entraînés. « Ils devront user d'adresse et de patience, en entrant dans les idées des malades, comme s'ils y ajoutaient foi, afin de pouvoir, semblant acquiescer aux unes, combattre les autres avec plus d'efficacité. On évite par là de les irriter, ce qui aurait lieu inévitablement, si l'on n'avait que des contradictions à opposer à leurs chimères. » Plus d'une fois Cœlius Aurelianus insiste dans ses écrits sur les qualités que doivent présenter les gardiens : douceur, obéissance, honnêteté. Ce sont les mêmes désirs exprimés plus tard par Conolly et tant d'autres. Il serait certes à souhaiter que tous les gardiens pussent être d'une douceur à toute épreuve, d'une patience angélique, désirer uniquement le bien-être des malheureux confiés à leurs soins. Mais la perle est rare au fond des mers et la trouver est difficile.

D'après les préceptes de Cœlius Aurelianus, le lit des malades doit avoir la tête tournée contre la porte, de manière à ce que la vue des entrants ne puisse augmenter leur excitation ; au besoin, il sera solidement fixé. Dans les cas de délire furieux où les malades cherchent à s'élancer de leur lit, plusieurs gardiens demeureront auprès d'eux. Ce n'est qu'à la dernière extrémité, ou lorsqu'on manque de gardiens, que l'on doit se résoudre à user des liens, mais on a soin de recouvrir de laine les parties sur lesquelles portera la constriction. Un aliéné se trouve-t-il en liberté, en proie à une vive excitation, comment l'empêcher de nuire ? Plusieurs gardiens se réunissent, l'abordent, sans lui inspirer de défiance, et, à un signal donné, se rendent maîtres de lui. Ne sont-ce pas là les principes indiqués dans les ouvrages des partisans du non-restraint?

Les personnes qui imposent au malade de la crainte ou du respect n'auront avec lui que des entrevues intermittentes, pour conserver leur ascendant ; celles qui lui inspirent de l'aversion seront éloignées, leur vue seule étant capable de produire l'agitation. Le traitement moral n'attire pas moins l'attention du grand observateur ; il conseille la lecture à haute voix, les spectacles, les discussions philosophiques, les jeux, enfin, au moment de la convalescence, le changement de milieu et les voyages.

Cœlius Aurelianus est donc, dans l'antiquité, le champion du non-restraint, avec les restrictions que lui imposent les mœurs de l'époque. Il exige, pour les malades, de la douceur et des soins éclairés ; il réclame, des gardiens, un caractère bienveillant et un soigneux entraînement à leur tâche, enfin il proscrit avec indignation les traitements barbares alors en usage. Quand il fait attacher les aliénés, c'est pour leur propre sûreté et pour celle de ceux qui les entourent, et encore il prend des précautions pour que les liens ne puissent leur causer aucune blessure. Il semble même préférer le restraint manuel au restraint mécanique, si l'on s'en rapporte à la phrase suivant : « *Et facilius sit ægros ministrantium manibus quam inertibus vinculis retinere.* » Rien n'est nouveau sous le soleil.

Mais la civilisation romaine s'effondre et disparaît sous le flot envahissant des barbares. Une ère nouvelle commence, et les principes de douceur sont vite oubliés. La médecine mentale subit pendant des siècles l'impression des idées superstitieuses du temps ; les malades sont regardés comme possédés du démon, et plus d'un périt sur les bûchers ; les autres sont chargés de chaînes et soumis à la flagellation. A peine quelques hommes éclairés osent-ils élever la voix en leur faveur, et Jean Wier, pour l'avoir fait, est accusé de sorcellerie.

Puis, les temps changent, les siècles de scepticisme succèdent aux siècles de foi, les aliénés ne sont plus livrés aux flammes. Mais leur supplice n'en est que plus long ; ce sont désormais des êtres gênants dont on veut se débarrasser à tout prix, et les cabanons, les chaînes et les coups sont là pour les réduire et étouffer la voix de la justice et de l'humanité. Et ce ne sont pas seulement les gens de rien, les manants, qui sont soumis à cet horrible traitement, les princes eux-mêmes ne sont pas épargnés, et l'on a vu un roi d'Angleterre, frappé sur l'ordre de son médecin, transformé en bourreau. Ce n'est qu'à la fin du dix-huitième siècle, au milieu des convulsions violentes d'où devait sortir une société nouvelle, que se produisit la révolution pacifique qui rendit aux aliénés leur qualité d'êtres humains, dignes de respect et de commisération. Pinel parut. Nous ne retracerons pas ici la grande figure du médecin philanthrope, et nous ne parlerons pas de son œuvre, travail que nous avons déjà entrepris dans notre thèse inaugurale. (*A suivre*).

VARIA

Policlinique de Paris.

28, rue Mazarine, 28.

Dimanche dernier 11 mai a eu lieu l'inauguration de la nouvelle Policlinique établie rue Dauphine, n° 28. Parmi les nombreux invités nous avons remarqué, outre le personnel de l'Ecole au grand complet, un certain nombre de dames : Mmes Floquet, Jacques, Laugé, Passant, Butte, Olivier, Bernos, Lubin, Lasmartres, Chatelain, Fribourg, Simon, Raynal, Pigeon, etc., etc.

La cérémonie a eu lieu dans une des salles de la Policlinique et a été présidée par M. Jacques, député de Paris, assisté de MM. Pétrot et Strauss, membres du Conseil municipal, Defert, maire du VIe arrondissement, le secrétaire du général Ménabréa, ambassadeur d'Italie, etc., etc.

Grâce au gracieux concours de M. Alphand, directeur des travaux de Paris, des massifs de fleurs, appartenant à la Ville, avaient été disposés sous le portail, dans les escaliers et les différentes salles réservées aux invités.

Un certain nombre de discours ont été prononcés ; en voici la substance :

D'abord M. JACQUES rend hommage aux organisateurs de la Policlinique. Il fait aux invités un pressant appel et les invite à la propagande la plus active en faveur de l'institution nouvelle.

M. BUTTE prend ensuite la parole et fait l'historique de l'œuvre à laquelle il a si laborieusement collaboré ; il remercie les amis qui se sont joints à lui pour créer à Paris la Policlinique, et surtout les dames patronnesses qui ont largement contribué à faciliter les frais de la première installation, dont il explique le fonctionnement.

M. NATIER, dans un excellent discours, expose quelles sont les idées qui ont amené les organisateurs à fonder la Policlinique de Paris, calquée sur celles qui existent à Vienne, dont la première a, comme celle de la rue Dauphine, débuté modestement et est aujourd'hui en pleine prospérité. Il a la ferme conviction, et nous la partageons pleinement, que la Policlinique de Paris suivra les traces de son aînée et qu'elle aussi rendra de grands services, et aux indigents auxquels les soins et médicaments seront distribués, et aux étudiants qui y trouveront les bases sérieuses d'une bonne pratique médicale.

M. ARTHAUD succède au Dr Natier et a comme les précédents orateurs adressé ses plus vifs remerciments aux membres fondateurs de la Policlinique.

M. ALBERT PÉTROT, comme représentant du quartier, expose,

dans une brillante improvisation, ce qu'a fait le Conseil Municipal, qui a formé déjà un centre d'études pour les questions d'Assistance publique. Il s'engage à appuyer la Policlinique au Conseil, et, dans une heureuse comparaison, il souhaite à cette dernière, dont le bureau est si près de l'Institut, un brillant avenir.

M. P. Strauss succède à M. Pétrot. Dans une allocution familière et très nette, il dit qu'il est heureux de voir cette nouvelle institution éclore avec l'appui de la charité privée. Après avoir rendu un touchant hommage à la mémoire de son regretté collègue, G. Robinet, qui a tant fait pour les questions d'assistance, et dont la perte se fait encore si vivement sentir, il ajoute qu'aujourd'hui plus que jamais il est utile de ne pas laisser stériliser des forces qui doivent être utilisées au double point de vue de la charité et de l'enseignement médical, et que tous les concours ne doivent pas être négligés par les pouvoirs publics, surtout celui du dévouement féminin, sans lequel aucune œuvre grande et utile, ne peut s'accomplir.

Après quelques mots de M. Defert, un lunch, offert par les donateurs de l'œuvre, a été offert aux invités, qui se sont retirés en souhaitant à la nouvelle Policlinique vie et prospérité.

Le personnel médical de la Policlinique se compose de MM. les Drs Butte, directeur (Maladies de la peau et Chimie pratique), Natier, secrétaire-trésorier (Laryngologie, Otologie, Rhinologie), Arthaud, président (Pathologie nerveuse), Bacchi (Maladie des yeux), Bouisson (Pathologie générale), Olivier (Accouchements), Gillet (Maladies des enfants), Chabry (Maladies de la bouche et des dents). Chacun de ces chefs de service est assisté d'un chef de clinique et de un ou plusieurs aides de clinique.

Le local, encore restreint, en raison des faibles ressources de l'Association, se compose de 5 salles d'attente et de 5 salles de consultation, d'une salle pour les cours théoriques, enfin d'un laboratoire d'analyses et d'une pharmacie où seront délivrés gratuitement des médicaments.

Les travaux de l'Association consisteront : 1° En consultations gratuites, qui auront lieu depuis 9 h. du matin jusqu'à 2 ou 3 h. de l'après-midi ; 2° En conférences théoriques ou pratiques pour les Etudiants. Voici d'ailleurs un extrait des Statuts de l'Association :

Extrait des Statuts : Art. 2. L'Association a pour but de donner gratuitement aux malades indigents les soins médicaux et, dès qu'il sera possible, les médicaments. Elle a, en outre, pour objet, de fournir aux étudiants en médecine, qui voudront bien s'associer à cette œuvre philanthropique et scientifique, une instruction pratique complète. — Art 3. Les malades indigents *en traitement*, qui seraient dans l'impossibilité de se rendre à la consultation, pourront recevoir à domicile les soins médicaux, autant que le permettront les ressources de l'Association. — Art. 4. Des dames choisies parmi les bienfaitrices de l'Association, et qui auront la charité de prendre une part active à l'œuvre, iront porter au domicile des malades inscrits des secours en nature, dès que les ressources de la Policlinique seront suffisantes. — Art. 5 Les services de l'Etablissement sont provisoirement organisés de la façon suivante : Médecine générale, Chirurgie générale, Maladies nerveuses, Affections de la poitrine et Tuberculose, Maladies des enfants, Dermatologie et Syphiligraphie, Gynécologie et Obstétrique, Laryngologie, Rhinologie et Otologie, Ophtalmologie, Maladies des voies urinaires, Maladies de la bouche et des dents. — Art. 11. L'Association se compose de tous les chefs de service, *membres actifs*, et de *membres associés*. Ceux-ci, pris parmi les bienfaiteurs de l'Etablissement, sont admis avec voix consultative aux assemblées générales. Les membres associés dont la première souscription est de deux cents francs, au moins, sont de droit *membres associés fondateurs*. Les membres associés qui, sans verser deux cents francs, auront apporté à l'œuvre un concours très efficace, pourront être nommés membres associés fondateurs, par le Comité, sur la proposition de deux membres actifs. Les membres associés fondateurs ont voix délibérative aux assemblées générales. — Art. 19. L'avoir de l'établissement se compose : 1° de l'apport des membres actifs fondateurs ; 2° des cotisations des autres chefs de service, fixées à vingt-cinq francs par mois, aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour l'entretien de la Policlinique ; 3° des cotisations volontaires des membres associés ; 4° des dons et subventions. — Art. 20. Il sera fait, sur le montant des cotisations, des dons et des subventions, une retenue de 5 0/0, à l'aide de laquelle on constituera une Caisse de réserve. — Art. 21. Tous les membres de l'Association renoncent aux biens de l'Etablissement, aux droits qu'ils ont sur cette part de propriété et au remboursement de leurs cotisations, alors même qu'ils quitteraient la Policlinique pour quelque motif que ce soit.

Ecole du Val-de-Grace. — Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1890, M. Robert, médecin principal de 2e classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opération et appareils, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Réunion de médecins de la Seine au sujet du projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Dimanche 20 avril, un certain nombre de médecins de la Seine se sont réunis à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine sur une convocation de M. le Dr Lameau. Cette réunion, présidée par M. Bourneville, décida de nommer une commission pour examiner un projet de loi concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, présenté par M. Lockroy. Cette commission, composée de MM. Bernheim, Lameau, Peltier, Rondeau et Toledano s'est réunie pour se dissoudre immédiatement parce qu'elle a estimé que le mouvement provoqué par M. Lameau ne lui appartenait en aucun titre et que ce rôle revenait de droit aux différentes sociétés médicales constituées qui, d'ailleurs, se sont déjà occupées de cette question.

Association des Médecins de la Seine.

L'*Association des médecins de la Seine*, fondée en 1833 par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier, sa 57e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le Secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55.897 francs dont 17.682 fournis par les cotisations, 3,765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-sept veuves ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1,200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes. Le total des secours distribués s'est élevé à 43.800 fr. Une somme de 10.200 fr. a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Hôpital Franco-Néerlandais à fonder à Paris.

Il se trouve à Paris une nombreuse colonie néerlandaise dont la plus grande partie se compose d'ouvriers, venus en France pour se perfectionner dans leur métier. Si la maladie s'attaque à eux, leurs qualités d'étrangers étant un obstacle à leur admission à l'hôpital, ils doivent payer les soins qui leur sont nécessaires. Il était nécessaire de remédier à un pareil état de choses.

Un hôpital réservé pour eux serait donc un véritable bienfait. Pénétré de cette pensée, un Comité s'est mis à la tête d'une pareille entreprise. Mais, voulant reconnaître l'hospitalité si large que la France accorde aux étrangers, le Comité n'a pas cru devoir destiner cet hôpital uniquement aux soins à donner à des Hollandais. Il a été décidé que ledit hôpital serait également ouvert aux malades français : de là le nom de *Franco-Néerlandais*. Des Comités de Dames patronnesses ont été formés à Paris et dans les Pays-Bas et il en sera institué dans les principales villes de France. Pour que cette entreprise puisse réussir, un chaleureux appel est fait aux sujets néerlandais qui résident en France, ainsi qu'aux Français. Les dons les plus minimes seront reçus avec reconnaissance : dès que le capital nécessaire à la construction et au fonctionnement de l'Œuvre (300,000 francs) aura été formé, les travaux seront immédiatement commencés. Provisoirement, une maison située sur le terrain à acquérir a été louée ; on peut donc dès aujourd'hui souscrire pour un lit, un demi-lit ou un quart de lit (soit 1,000, 500, 250 francs). Ces lits porteront le nom des donateurs. Les souscriptions seront publiées chaque année dans les rapports de la Société. — Les dons et souscriptions seront reçus au Consulat des Pays-Bas, 21, rue de La Pérouse.

Société clinique des Praticiens de France.

(Statuts).

Nous extrayons d'une brochure sur la *Société clinique des Praticiens de France* les renseignements suivants :

La Société clinique a pour but de grouper en un centre scientifique tous les praticiens, de recueillir et de faire connaître les nombreuses recherches médicales et chirurgicales, et les découvertes faites quotidiennement par nos confrères et perdues généralement pour cause d'isolement. La Société se compose de membres actifs et de membres correspondants. Peuvent être admis à titre de membres actifs, sur la présentation de deux sociétaires, tous les médecins d'une Faculté française exerçant la médecine ou pratiquant l'enseignement libre. Peuvent être admis à titre de membres correspondants, tous les médecins d'une Faculté étrangère. La cotisation mensuelle est fixée à 1 fr. 50 pour tous les membres. La Société aura deux réunions mensuelles, savoir : 1° une réunion générale ; 2° une réunion de Comité. La Société est administrée par un Conseil composé de : 1° un Président ; 2° deux Vice-Présidents ; 3° un Secrétaire général ; 4° un Secrétaire de la ré-

daction; 5° un Secrétaire de la correspondance; 6° un Trésorier; 7° six Assesseurs.

Journal de la Société. — Toutes les communications orales faites à l'assemblée générale seront publiées dans les *Annales de la Société clinique* qui paraîtront chaque mois, et qui seront envoyées gratuitement à tous les sociétaires. Toutes les communications écrites, adressées au Secrétaire général, seront publiées. Le journal sera intitulé: « *La Clinique Française.* »

La Société clinique pourra provoquer un *Congrès* scientifique et y convier les praticiens du monde entier. Ce Congrès aura toujours lieu à Paris. Un banquet annuel, dont la date sera fixée ultérieurement, aura lieu à Paris.

Congrès des Sociétés savantes.

L'ouverture du Congrès annuel des Sociétés savantes aura lieu le 27 mai, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, et un certain nombre de sections tiendront leurs réunions dans les salles de la nouvelle Sorbonne qui seront ouvertes pour la première fois. La première journée du Congrès sera consacrée à l'organisation des travaux du Congrès et à nommer les commissions qui tiendront leurs séances les 28, 29 et 30 mai. Siégeront à la vieille Sorbonne la section d'histoire et de philologie, celle des sciences économiques et sociales, et celle de médecine. Les sections d'archéologie, des sciences mathématiques, des sciences physiques et naturelles, de géographie historique et descriptive tiendront leurs séances à la nouvelle Sorbonne.— La séance solennelle de clôture du Congrès aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le 31 mai, à deux heures, sous la présidence du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. A cette occasion, le soir, il y aura réception au ministère de l'instruction publique.

X° Congrès international de médecine à Berlin.

Programme provisoire de la section d'Hygiène militaire. En dehors de la séance d'ouverture, trois séances scientifiques sont proposées, dans lesquelles on a l'intention d'entendre les discours d'initiative de MM. les rapporteurs ci-dessous nommés.

Première séance.

1° *Le traitement antiseptique de blessures en campagne dans les armées différentes peut-il être ordonné dans ses points principaux, ou comment peut-on arriver à obtenir que les médecins d'une armée puissent atteindre un état aseptique permanent des blessures avec le matériel sanitaire d'une armée étrangère ?* — a) Antisepsie primaire sur le champ de bataille.— b) Traitement ultérieur (dans les hôpitaux. Rapporteurs : Von Bergmann; un officier de santé de l'armée anglaise.

2° *Sur l'emploi des baraques transportables pour malades en guerre et en paix.* — Rapporteurs : Generalstabsarzt von Coler; un officier du corps de santé de l'armée française.

Deuxième séance.

3° *Sur les navires-hôpitaux dans les combats navals, leur but, leur emploi, leur aménagement et sur la participation des Sociétés de secours dans les guerres maritimes.*— Rapporteurs: Un officier du corps de santé de la marine autrichienne; marine-generalarzt 1, Kl. Wenzel.

4° *Sur l'organisation des mesures prophylactiques contre les épidémies dans les armées en guerre et en paix.* — Rapporteurs: Generalarzt 1, Kl. Roth; un officier du corps de santé de l'armée russe.

Troisième séance.

5° *Y a-t-il une possibilité d'uniformiser les listes médicales et les rapports sanitaires des différentes armées, de telle sorte qu'une statistique de comparaison vraiment scientifique puisse être établie sur les maladies, blessures et mortalité dans les armées en guerre et en paix?* — Rapporteurs : Chirurgien John S. Billings de l'armée des Etats-Unis; Oberstabsarzt, 2 Kl. Krocker.

6° *La trépanation en cas de blessure du crâne, en guerre.* — Rapporteurs : Generalarzt 1, Kl. à la suite du corps de santé Bardeleben; un officier du corps de santé de l'armée italienne.

En outre, les communications suivantes sont annoncées : D.-J. Sormani, professeur d'hygiène à l'Université de Pavie : *La mortalité et les causes des décès dans l'armée d'Italie pendant les années* 1881 à 1888. — Dr Daubler, médecin-major en retraite de l'armée des Indes néerlandaises: *Démonstration d'une baraque transportable pour les malades aux tropiques (en emploi depuis près d'un an à Zanzibar).*

Les membres du 18e groupe auront la faculté de pouvoir visiter une exposition d'objets d'intérêt d'hygiène militaire ainsi que les plus importants établissements de la garnison de Berlin et de Dresde. — Les séances scientifiques de la section auront lieu dans l'amphithéâtre du *Königl.—Medicinisch-Chirurgisches Friedrich Wilhelms-Institut, N.W., Friedrichstrasse*, 140.

Programme des prix de la Société de Médecine de Toulouse.

Prix pour l'année 1890. — *Prix de la Société.* — Contagiosité et traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire. Le prix est de la valeur de 300 fr. — *Prix de Mme Adrien Gaussail.* — Apprécier l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections médicales de la poitrine et de l'abdomen. Le prix est de 600 fr.

Programme des prix pour 1891. — *Prix Julien Naudin.* Histoire et critique des doctrines relatives au tétanos. Valeur du prix : 1,500 francs, plus 200 francs pour impression. — *Prix de Mme Adrien Gaussail.* De l'influence des fièvres éruptives sur le développement de la tuberculose. Valeur du prix : 1,000 francs, plus 200 francs pour impression. — *Médailles d'encouragement.* Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner, chaque année, quatre médailles d'encouragement, vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient point été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (Article 31 des statuts). — *Conditions générales des concours.* Les mémoires écrits *lisiblement* en français ou en latin seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés *franco* à M. le secrétaire général *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre compagnie savante ne seront pas admis à concourir. Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des *médailles d'encouragement,* devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général, avant le *1er mars* de chaque année. Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours. Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois les auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général. La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français (1).

Rapport de M. Verdalle, trésorier (1890).

Les recettes se sont élevées pour 1889-90, du 11 juin 1889, date de notre dernière Assemblée générale, au 12 avril 1890, à la somme de 39.745 fr. 76 c., savoir :

En caisse au 11 juin 1889. . . .	Fr.	1.927 97	
Cotisations.		31.410 »	
Don du *Concours médical*.		200 »	
Intérêts des valeurs		6.182 65	
Profits et pertes.		25 14	
			39.74 76

Les dépenses se sont élevées à la somme de 38.961 francs, savoir :

Achat de valeurs	Fr.	37.132 70	
Frais généraux.		1.428 30	
Remboursement à Mme V...		400 »	
			38.961 »
Excédent des recettes.	Fr.		784 76

Il reste donc en caisse, au 12 avril 1890, une somme de 784 fr. 76 c.

Examinons maintenant, si vous le voulez bien, le détail de nos dépenses.

Les achats de valeurs comprennent :

Le 24 septembre 1889, achat de 15 obligations communales 1879 à lots.	Fr.	6.824 55	
Le 21 novembre 1889, achat de 5 obligations communales 1879 à lots . .		2.317 20	
Total, 20 oblig. comm. 1879 à lots.			9.141 75
Le 19 mars 1890, achat de 21 obligations nouvelles du Chemin de fer du Midi.			9.072 »
Le 8 avril, achat de 615 francs de rente 3 0/0 amortissable			18.918 95
Total.	Fr.		37 132 70

En résumé, la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français marche d'un pas soutenu vers le but que ses fondateurs se sont proposé. Tous les ans elle augmente son capital d'une somme de 40,000 francs environ; ses revenus augmentent tous les ans et arrivent cette année à près de 9,000 francs de rente. Dans quatre ans elle servira ses premières retraites. Permettez cependant à votre trésorier de formuler en terminant un

(1) Siège social, 22, place Saint-Georges, Paris.

double regret : premièrement que l'Association générale des Médecins de France, dont nous sommes les très fidèles et très respectueux partisans, ne veuille pas comprendre que son devoir est d'encourager, d'aider même des institutions de prévoyance comme la nôtre. Elle a inscrit en tête de ses statuts qu'elle fondera une Caisse de retraite. Cette Caisse de retraite se fonde, son devoir serait de la patronner, je ne dis pas de la prendre en mains, nous pouvons vivre de nos propres forces, mais de lui prêter aide et appui. Or, tout ce qu'elle a fait jusqu'à présent ça été de lui prendre son titre et d'affubler ses pensions viagères d'assistance du nom bien plus flatteur, il est vrai, de *pensions de retraite*. Or, quel rapport, s'il vous plait, entre nos retraites, que nous nous assurons par l'économie et le sacrifice, et les pensions viagères d'assistance, qui ne s'accordent qu'aux déshérités et aux infirmes de la profession, et encore sur preuve. Je n'invente pas, mes chers collègues ; lisez l'*Annuaire* et vous verrez que depuis quelques années, depuis que nous avons fondé la Caisse des Pensions de retraite du corps médical français, le très honorable trésorier de l'Association générale, M. Brun, n'appelle plus la Caisse des Pensions viagères d'assistance que *Caisse des Pensions de retraite*. Or je proteste énergiquement contre cette assimilation. Je regrette, en outre, que la presse médicale, qui devrait être soucieuse des intérêts de la profession, reste indifférente dans des questions de ce genre et ne s'occupe guère plus de nous que si nous n'existions pas. N'est-ce donc vraiment pas un résultat que deux cents médecins de France se réunissent en Société d'assurances, versent environ 40,000 francs de cotisations annuelles et forment ainsi en quelques années un capital de 250.000 francs ?

Bilan, situation et budget de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français pour l'année 1890 :

BILAN AU 12 AVRIL 1890

Caisse. . . . . Fr.	29.702 96	29.468 21
Caisse des pensions	721 89	200 »
Caisse auxiliaire	» »	3.121 89
Cotisations	400 »	216.800 45
Frais généraux.	7.379 38	19 03
Obligations du Midi	17.742 »	363 70
Rente 3 0/0 amortissable.	124.020 80	1.012 50
Obligations foncières 1883. . . .	15.122 50	363 75
Obligations communales 1886. . .	20.825 25	485 »
Obligations d'Orléans.	17.756 90	363 75
Obligations foncières à lots 1879. .	9.384 85	» »
Obligations communales 1879. . .	9.141 75	» »
	252.198 28	252.198 28

SITUATION AU 12 AVRIL 1890

Recettes.

Cotisations. . . . . Fr.	219.297 35	
Dons à la Caisse des pensions. . .	2.500 »	
Dons à la Caisse auxiliaire. . . .	650 »	
Profits et pertes.	448 28	
Intérêts des valeurs	24.318 15	
Remboursement et amortissement. .	493 90	
		247.707 68

Dépenses.

Portefeuille. . . . . Fr.	236.217 40	
Frais généraux.	7.808 63	
Remboursement	2.896 90	
Reste en caisse au 12 avril 1890. .	784 75	
		247.707 68

BUDGET POUR L'ANNÉE 1890

En caisse. . . . . Fr.	784 76	
Cotisations en retard (environ). . .	1.000 »	
Intérêts des valeurs	5.050 »	
Echéance de septembre (environ). .	5.000 »	
Environ.		12.000 »
		247.707 68
Environ. . . . . Fr.		260.000 »

Université de Montpellier.

GRANDES FÊTES UNIVERSITAIRES EN L'HONNEUR DU VIe CENTENAIRE (du 22 au 25 mai).

PROGRAMME. — *Première journée*, jeudi 22 mai, après-midi, au Palais de l'Université, présentation des invités à M. le Recteur et à M. le Maire. Distribution du prix Bouisson. — Soir, réception universitaire offerte aux délégués des Universités étrangères et françaises, dans la salle des fêtes. Retraites aux flambeaux. Illumination générale.

Deuxième journée, vendredi 23 mai, arrivée de M. le Président de la République et de MM. les Ministres. — Après-midi, célébration du VIe Centenaire sur la promenade du Peyrou. Remise à MM. les Etudiants de l'Université de Montpellier du drapeau de leur Association. — Soir, banquet offert à M. le Président de la République. Grand feu d'artifice sur le Champ-de-Mars. Illumination générale.

Troisième journée, samedi 24 mai, matin, inauguration du Palais de l'Université. Visite aux Facultés, Instituts et autres établissements universitaires, hospitaliers et de bienfaisance.— Après midi, grande fete des Etudiants à l'Ecole d'agriculture. Fêtes populaires dans les faubourgs de la ville, danses locales des Treilles et du Chevalet. — Soir, représentation de gala organisée et offerte par la municipalité. Ode composée en l'honneur du Centenaire par M. de Bornier, dite par M. Mounet-Sully, de la Comédie-Française.

Patrie, grand opéra en 4 actes, musique de Paladilhe, de Montpellier, paroles de Victorien Sardou et de Louis Gallet, sous la direction de M. Miral, directeur du Grand-Théâtre municipal. Au 4e acte, l'orchestre sera conduit par M. Paladilhe. — Illumination du Peyrou et de l'Esplanade. Bals populaires sur ces promenades.

Quatrième journée, dimanche 25 mai, après-midi, grand cortège historique du XVIe siècle en l'honneur de Rabelais et de Rondelet, docteurs de l'Université de Montpellier, organisé par le Comité des Fêtes, avec le concours de l'Armée et de MM. les Etudiants. 600 personnes, 200 chevaux, 4 chars. Costumes de M. Millet, costumier à Paris, des théâtres nationaux de l'Opéra et de l'Opéra-Comique, et de la maison Roize, costumier à Marseille. — Dessins originaux de M. Baussan ; chars dessinés et décorés par MM. Baussan, sculpteur, et Gairaud, peintre décorateur, de Montpellier. — Ornementation fournie par la maison Vié. — Faisant suite au cortège historique, char de la charité, exécuté par le 2e régiment du génie. Défilé des drapeaux et bannières des Etudiants étrangers et français. — Soir, grande réception au Palais de l'Université. Concerts sur les promenades. Retraites aux flambeaux.

Pendant toute la durée des fêtes, Exposition des Beaux-Arts au Champ-de-Mars, organisée par la Société artistique de l'Hérault ; Exposition d'Horticulture au Jardin des Plantes, organisée par la Société d'Horticulture et d'Histoire naturelle de l'Hérault.

Projet de loi sur l'Assistance médicale gratuite.

Ce projet, dont M. Constans, ministre de l'intérieur, a définitivement arrêté le texte au cours d'une conférence qu'il a eue avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique, sera soumis bientôt aux délibérations de la Chambre. La loi projetée comprendrait six titres et une quarantaine d'articles.

D'après cette loi, tout Français indigent malade « recevra gratuitement », de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance à domicile ou, s'il ne peut être soigné à domicile, dans un hôpital. Dans chaque département, un service d'assistance médicale gratuite serait organisé sous l'autorité du Préfet. Dans chaque commune, ou syndicat de communes, sera établi un dispensaire où ne seront données que des consultations externes. — Chaque commune sera rattachée à une infirmerie et à un hôpital général. Les dépenses de l'assistance médicale seront payées sur : le produit des fondations, dons et legs spéciaux faits aux départements, aux communes et aux établissements publics de bienfaisance au profit de l'Assistance médicale ; le budget communal ; la subvention du département dans les proportions que détermine le Conseil général; la subvention annuelle de l'Etat aux départements dont la situation l'exige.

Nous prions nos lecteurs de se reporter, à ce propos, à notre dernière *Correspondance* de Suisse.

Hospices civils de Saint-Etienne (Loire).

Concours pour une place de pharmacien. — L'Administration des Hospices civils de Saint-Etienne fait savoir qu'un concours sur titres, pour une place de pharmacien, sera ouvert dans ses établissements, le mercredi 4 juin 1890. Les candidats devront être Français ou naturalisés Français. Ils seront tenus de se faire inscrire avant le jeudi 22 mai, à 5 heures, au Secrétariat de l'Administration des Hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de pharmacien de 1re classe, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence. Les candidats déposeront en même temps leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la pharmacie, et, s'il

y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux du Conseil d'Administration assisté d'un Jury scientifique. Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service pharmaceutique dans les Hospices civils de Saint-Etienne et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et tous autres que l'Administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service. Le pharmacien à nommer sera tenu d'entrer en fonctions au plus tard le 1er juillet 1890. Son traitement sera de 4,500 francs.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — Dissection : MM. Farabeuf, Delens, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série)* : MM. Marc Sée, Jalaguier, Ricard. — (2e *Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rendu, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Reynier. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, A. Robin, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Potain, Letulle, Brissaud.

MARDI 20. — Dissection : MM. Cornil, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Debove, Gley. — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Remy. — (3e *Série*) : MM. Polaillon, Nélaton, Gilbert. — 3e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Ball, Hutinel, Hanot. — — 4e *de Doctorat*, (1re *Série*) : MM. Proust, Chantemesse, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Duguet, Villejean. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lefort, Schwartz, Bar. — (2e *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Ballet.

MERCREDI 21. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Reynier, Ricard. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Farabeuf, Brissaud, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Rendu, Poirier. — (3e *Série*) : MM. Straus, Segond, Chantemesse. — (1e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Netter. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Jalaguier, Tuffier. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

JEUDI 22. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Campenon, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Cornil, Quénu. — (3e *Série*) : MM. Ball, Hutinel, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Panas, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Duguet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hallopeau, Villejean.

VENDREDI 23. — Dissection : MM. Farabeuf, Kirmisson, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Delens, Tuffier, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Straus, Marc Sée, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Netter, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 4e *de Doctorat*, MM. Hayem, Chauffard, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (Charité) : MM. Pinard, Segond, Reynier. — (2e partie) : MM. Potain, Rendu, A. Robin.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Quénu. — (2e *Série*) : MM. Panas, Poirier, Remy. — (3e *Série*) : MM. Polaillon, Nélaton, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*, MM. Debove, Gilbert, Netter. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Bar, Brun. — (2e partie) : MM. Hutinel, Duguet, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 14 : M. Mary. Colpocèle postérieure. Son traitement. — M. Couturier. Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. — M. Fournier. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. — M. Villemin. La cirrhose curable. — M. Bonnier. Le sens auriculaire de l'espace.

SAMEDI 17. — M. Pujol. Rapport du pied bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. — M. Herzenstein. Ictère catarrhal prolongé. — M. Billout. De la bronchite dans la fièvre typhoïde.

JEUDI 22. — M. Lorin. Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus. — M. Roulet. De l'érysipèle dans les maladies du foie. — M. Boucher. Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants. — M. Coudère. Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. — M. Marque. Parallèle des différents modes de traitement des fibromes utérins.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 mai 1890 au samedi 10 mai 1890, les naissances ont été au nombre de 1218 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 452 ; illégitimes, 153, Total, 605. — *Sexe féminin :* légitimes, 434 ; illégitimes, 179, Total, 613.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 mai 1890 au samedi 10 mai 1890, les décès ont été au nombre de 1076 savoir : 560 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8. T. 16. — Variole : M. 0, F. 3. T. 3. — Rougeole : M. 16, F. 14, T. 30. — Scarlatine : M. 0, F. 5, T. 5. — Coqueluche : M. 5, F. 4. T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 36 F. 17, T. 43. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 101, T. 231. — Autres tuberculoses : M. 20. F. 12. T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8. T. 9. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 12. T. 32. — Méningite simple : M. 14, F. 20, T. 34. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 15, T. 39. — Paralysie : M. 0, F. 3 T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 1, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 25. T. 46. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 15. T. 33. — Bronchite chronique : M. 26, F. 15. T. 41. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 16. T. 30. — Pneumonie : M. 24. F. 28. T. 52. — Gastro-entérite, biberon, M. 30, F. 28. T. 58. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 9. T. 18. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 2. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 6, T. 18. — Sénilité : M. 11, F. 20. T. 31. — Suicides : M. 10, F. 8, T. 18. — Autres morts violentes : M. 12. F. 9. T. 21. — Autres causes de mort : M. 96 F. 81. T. 177. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 7, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 23, illégitimes, 10. Total : 33. — *Sexe féminin :* légitimes, 35 ; illégitimes, 12. Total : 47.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. PETIT (Martial-Louis), docteur ès sciences, est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux, en remplacement de M. Cagnieul.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. JARDON (Louis-Lucien), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Givois, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. LOUVIOT (Marie-Victor-Louis-Eugène), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, aide de de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Duron, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Nominations.* — M. CAMPENON, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de clinique chirurgicale à ladite Faculté. — M. SAINT-PIERRE (Octave-Auguste), licencié ès sciences physiques, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1890, des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

Cours de Clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son Cours de Clinique chirurgicale, le mardi 20 mai, à 9 heures 1/2, dans son Amphithéâtre de la Charité. Mardi et vendredi, leçon clinique ; mercredi, examen des malades ; jeudi, opérations ; samedi, gynécologie ; lundi, démonstration clinique par M. le Dr Rochard, chef de clinique (10 h. 1/2, amphithéâtre de la Clinique).

Concours de l'Adjuvat d'anatomie. — La première épreuve de ce concours a eu lieu cette semaine. La question écrite posée était : *Muscles interosseux.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. COLIN (Paul-Emile), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, préparateur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy (emploi nouveau). — M. TRECHE (Maurice-Alexandre), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année 1889-1890, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy (emploi nouveau).

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 18 mai 1890, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 h. 15, pour le train partant de Paris à 12 h. 50 pour la station de Domont.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Choix de la ville.* — MM. Bérenger-Féraud, président du conseil supérieur de santé de la marine ; Guinand, sous-directeur à la direction du personnel, et Brassac, médecin en chef, sont envoyés, par le ministre de la marine, à Marseille, Montpellier et Bordeaux, pour examiner sur place les propositions faites par ces villes en vue de l'installation de l'Ecole unique de médecine navale. Cette délégation se rendra d'abord à Lyon pour examiner le fonctionnement de l'Ecole de santé militaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. POUCHIN (Hippolyte-Edmond), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en chirurgie.* — Les épreuves continuent. Médecine opératoire : *Ligature de la fémorale à l'anneau; désarticulation du coude* : MM. Walther, 29 ; Hartmann, 28 1/2 ; Delbet, 28 1/2 ; Hallé, 28 ; Guniard, 27 1/2 ; Castex, 27 ; Broca, 27 ; Albarran, 25. — Pathologie externe : *Diagnostic et traitement du cancer du rectum* : MM. Delbet, 19 1/2 ; Broca, 18 1/2 ; Hartmann, 18 ; Hallé, 17.

EMPOISONNENENT PAR LES CHAMPIGNONS. — Une famille de sept personnes vient d'être empoisonnée par les champignons, à Royan, dans les conditions suivantes. Elle fit son repas du soir avec des champignons ramassés dans la campagne. Dans la nuit, tous ont été pris de vomissements. Bientôt la mère succombait, puis un garçon de quatorze ans, puis encore une fillette plus jeune. Le père et les trois autres enfants ont été également très malades.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour de la séance du 19 mai, à 4 heures, rue de l'Abbaye, 3 : 1° Rapport sur le prix Aubanel ; — 2° Rapport sur le prix Belhomme ; — 3° L'hospitalisation des épileptiques : M. Aug. VOISIN ; — 4° De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : MM. SAURY, Paul GARNIER.

NÉCROLOGIE. — M. Charles DOCHY, docteur en médecine, membre du conseil communal, décoré de la croix civique de 1re classe, décédé à Lichtervelde, le 27 avril dernier. — M. Maurice GOOSTENS, candidat en médecine, décédé à Liège à l'age de 33 ans. — M. le Dr LATAPIE (de Villembits). — On annonce la mort de M. le Dr Emile VERNHES, député de la 1re circonscription de Béziers, malade depuis quelque temps, décédé mercredi dernier. Il était né le 20 octobre, eu 1820, à Béziers. Docteur en médecine, il se lança vite dans la politique et fut l'un des proscrits du 2 décembre. Après le 4 septembre, le gouvernement de la Défense nationale en fit un sous-préfet. Il entra à la Chambre en 1876, s'y créa une certaine popularité, siégea à l'Extrême-gauche et prit part à de nombreuses discussions sur les grandes questions de principes. On peut dire que toute sa vie a été consacrée à la défense de la République. Il comptait de nombreux amis sur tous les bancs de la Chambre. — M. le Dr BURLUREAUX, médecin militaire en retraite. — M. PINDRAY, médecin de la marine.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Clinique infantile.* — M. le Dr J. SIMON, les mercredis, à 9 heures. Consultations cliniques le samedi.

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique du Jeudi.* — M. le Dr Henri HUCHARD, le jeudi, dix heures précises. — *Objet de ces conférences :* Médecine pratique ; diagnostic et traitement des maladies ; indications thérapeutiques ; mode d'administration et posologie des médicaments.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Visite du service des enfants.* — M. le Dr BOURNEVILLE, le samedi, à 9 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 MAI 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas d'Acromégalie ;

par le Dr **Gabriel GAUTHIER**, médecin de l'hôpital de Charolles.

Les observations d'Acromégalie sont actuellement encore assez peu nombreuses pour qu'il y ait un grand intérêt à publier toutes celles qui se présentent. Dans une Revue Clinique, parue dans le *Progrès médical* du 16 mars 1889, M. P. Marie réduisait à 22 seulement le nombre des cas connus. Depuis, trois nouveaux cas, à notre connaissance, ont été publiés, l'un par M. Verstraeten (de Gand) (1), l'autre par M. Farge (d'Angers) (2), le troisième par M. Péchadre (3); ce qui porte le bilan de cette affection à 25 cas. Nous croyons donc faire une œuvre utile en publiant l'observation suivante :

Obs. — François Per..., âgé de 49 ans, est entré à l'hôpital de Charolles le 8 décembre dernier, se plaignant d'un affaiblissement extrême des forces, d'épistaxis abondantes, de maux de tête, de palpitations. Avant tout examen, l'attention est frappée par l'aspect bizarre que présente la physionomie de cet homme. Au premier coup d'œil, pour quiconque a déjà observé un cas de la maladie que M. Marie a décrite sous le nom d'acromégalie, ou simplement vu une image photographique d'un sujet atteint de cette affection, il vient à l'esprit qu'il est en présence d'un cas de cette nature. Cette tête massive, à ovale allongé, se tassant entre les épaules sur un large cou qu'elle incurve, ces traits sans expression où, sous une peau épaisse, dure et terne, on constate des saillies osseuses démesurément développées, suffisent pour faire soupçonner l'acromégalie. L'hésitation cesse complètement lorsqu'on examine les autres extrémités, les mains et les pieds (*Fig.* 80).

Per... est célibataire. Il est le cinquième de sept enfants, tous vivants, bien portants, mariés, ayant des enfants sur lesquels on ne trouve l'indice de tares d'aucune sorte.

Son père est mort de pneumonie à l'âge de 75 ans; avait une bonne santé habituelle; était de taille au-dessus de la moyenne; sans difformités; sans habitudes alcooliques. Sa mère était plutôt petite que grande, bien conformée. Elle est morte, à 65 ans, d'hydropisie.

De tous les membres assez nombreux de cette famille, aucun ne se rapproche donc, de près ou de loin, de ce type acromégalien que Per... présente à un si haut degré.

Dans sa jeunesse, il ne semble pas qu'il différât beaucoup d'aspect de ses frères et de ses sœurs. C'était un garçon solidement charpenté qui servit pendant six ans dans la cavalerie. Il mesurait à cette époque 1 mètre 78 centimètres de hauteur; actuellement, malgré la cyphose cervico-dorsale dont il est atteint, il mesure encore 1 mètre 75 centimètres. Il avait déjà alors les mains volumineuses, car il gantait la plus forte pointure des gants en peau des cavaliers ; ses pieds, énormes actuellement, n'avaient alors rien d'extraordinaire.

En quittant le régiment, Per... s'aperçut que sa puissance génitale diminuait rapidement. Chez cet homme de 26 ans, nullement épuisé par les excès, les désirs vénériens s'éteignaient, et le coït, pratiqué avec peine, n'amenait qu'un orgasme insignifiant. Per... attribuait cette impuissance au garrot du cheval qui avait dû comprimer ses parties génitales.

(1) C. Verstraeten. — *Revue de Médecine*, 10 mai et 10 juin 1889.
(2) Farge. — *Progrès médical*, 6 juillet 1889.
(3) Pechadre (d'Epernay). — *Revue de Médecine*, 10 février 1890, p. 175.

Il n'avait jamais eu, du reste, ni syphilis ni blennorrhagie. A part cela, et des maux de tête assez violents, auxquels il était sujet depuis l'âge de 20 ans, sa santé était parfaite, et, jusqu'à ces dernières années, il est resté domestique dans un moulin, faisant les fonctions de charretier et de porte-faix. Allant ainsi de village en village, de maison en maison, pour le service du moulin, il avait, comme tous les garçons meuniers, de nombreuses occasions de boire, et il en usait largement, avoue-t-il : on ne constate pourtant actuellement chez



Fig. 80.

lui aucun symptôme d'alcoolisme, mais il est vrai que, depuis trois ans, la cachexie acromégalienne, en en faisant un impotent, l'a obligé de renoncer à ses habitudes.

L'époque d'apparition de la maladie remonterait donc, selon toute vraisemblance, à la constatation de cette impuissance génitale, c'est-à-dire à l'âge de 25 ou 26 ans. Quant à l'évolution des autres phénomènes de l'acromégalie, elle s'est produite, comme cela arrive généralement dans les cas semblables, sans

que le malade y prît grande attention. Il constatait bien qu'il se voûtait, mais c'était, croyait-il, parce qu'il portait des fardeaux; — que ses mains grossissaient, mais c'était par le froid; — que le cordonnier était obligé d'agrandir la pointure de ses chaussures, mais c'était le port habituel des sabots qui lui faisaient grossir les pieds.

Il y a huit ans, il tomba accidentellement à la renverse, l'occiput frappant le sol; relevé sans connaissance, il ne se ressentit pas autrement de cette chute, mais c'est à partir de ce moment, affirme-t-il, que sa santé a commencé à s'altérer. Ses forces déclinèrent, ses maux de tête augmentèrent et les palpitations devinrent plus violentes.

Les choses en étaient là, lorsqu'il y a trois ans, il fit une nouvelle chute, la tête portant encore sur le sol, et de nouveau les symptômes morbides s'aggravèrent, au point qu'il dut cesser son service. De sorte que, depuis cette époque, il a renoncé à toute espèce de travail.

A trois reprises, il a eu des épistaxis extrêmement abondantes, qui, chaque fois, ont nécessité le tamponnement et ont encore affaibli ses forces.

Actuellement, cet homme, qui a toutes les apparences d'une bonne santé, ne peut marcher que très lentement, à l'aide de deux bâtons; ses jambes sont molles et fléchissent sous lui. Ses énormes mains n'exercent qu'une faible pression, comparable à celle qu'exercerait un enfant.

Voilà, présentées à grands traits, les phases par lesquelles a évolué la maladie depuis vingt et quelques années. Il nous reste maintenant à étudier en détail les particularités intéressantes de l'observation.

La tête est couverte d'une chevelure épaisse, grisonnante; les cheveux sont gros et rudes. Le système pileux est peu développé dans les autres régions. Le front est élevé : 84 millimètres depuis les cheveux jusqu'à la racine du nez. Les yeux sont gros et saillants; les pupilles normales; la vue bonne. Les paupières sont longues et épaisses; la supérieure est boursouflée et la peau s'abaisse en pochette œdémateuse. Les rebords orbitaires sont très bombés, par suite de la dilatation des sinus frontaux.

Le *nez* est très grand et très gros, irrégulièrement développé, la hauteur de l'aile droite à sa base mesurant 41 millimètres, tandis que celle de l'aile gauche est de 45. La longueur du nez, de la racine à la pointe, est de 64 millimètres; sa hauteur, mesurée de la lèvre supérieure à la pointe, de 40 millimètres; l'épaisseur de la cloison, à la base, est de 15 millimètres. La partie charnue et cartilagineuse de l'organe forme un angle obtus à son intersection avec la partie osseuse, ce qui lui donne l'aspect de pied de marmite. L'odorat est normal.

L'ouverture de la bouche est de moyenne dimension : 60 millimètres d'une commissure à l'autre. La *lèvre supérieure* n'est pas très développée; l'inférieure, au contraire, est grosse, pendante, renversée en dehors; son bord rosé présente une hauteur de 21 millimètres.

Aucune *dent* ne manque; aucune n'est cariée. Les molaires sont grosses, les incisives très petites; toutes solidement implantées sur des gencives fermes et volumineuses, avec des petits bourrelets durs au niveau de chaque dent. Les dents sont serrées, nullement écartées les unes des autres.

La *langue* large (60 millimètres dans sa plus grande largeur), épaisse, peu mobile, communique à la parole un empâtement très prononcé, qui, s'ajoutant aux sons graves qu'émet le *larynx*, augmenté, lui aussi, dans ses dimensions, fait ressembler la voix à un fort bourdonnement.

Les *amygdales* sont petites; mais la *luette* a des dimensions vraiment extraordinaires; ressemblant à un énorme battant de cloche, elle remplit presque toute l'arrière-gorge; malgré ce développement exagéré, elle n'occasionne aucune gêne.

Le *menton* est massif, comme tout le maxillaire inférieur, qui mesure un pourtour de 30 centimètres d'un angle à l'autre. Les deux mâchoires s'appliquent exactement l'une contre l'autre; il n'y a donc pas de prognathisme proprement dit.

Les *joues* sont flasques et aplaties, faisant ressortir la saillie des pommettes. Diamètre bimalaire 143 millimètres. Les *oreilles*, bien conformées, n'ont pas des dimensions exagérées : la droite, 67 millimètres de hauteur, plus petite que la gauche, 71 millimètres. L'ouïe est intacte.

Le *crâne* proprement dit est peu altéré dans sa forme et dans ses dimensions : il paraît allongé dans le sens antéro-postérieur et normal dans sa largeur.

Diamètre de la racine du nez à la protubérance occipitale	188 mil.
— bipariétal	150 »
— de la glabelle à l'occiput	190 »
— mento-occipital	225 »
— bimastoïdien	170 »

En somme, les modifications qu'a subies l'extrémité céphalique portent moins sur le crâne que sur la face, et sur celle-ci plutôt dans le sens de la longueur que dans celui de la largeur; de sorte que la face revêt la forme d'un ovale allongé au lieu d'être arrondie, *lunaire*, comme dans le myxœdème. Le diamètre mento-bregmatique, qui mesure la hauteur de la face et de la voute crânienne, est de 278 millimètres. La tête est penchée en avant, le menton allant à la rencontre du sternum. Il existe une voussure très notable de la partie supérieure de la colonne vertébrale (cyphose cervicale inférieure et dorsale supérieure). Le *cou*, porté en avant, court, est démesurément large : il mesure un périmètre de 43 centimètres. Il ne porte aucune marque de cicatrice et l'on n'y sent pas de ganglions lymphatiques. Du reste, il n'existe non plus ailleurs de traces de scrofule.

Le *corps thyroïde* est peu développé, le lobe gauche un peu plus volumineux que le droit. La pomme d'Adam est saillante.

Dans l'attitude debout, le *dos* est rond, les épaules effacées, de sorte que le cou, le dos, les épaules forment un ensemble ayant l'aspect d'une hémisphère (*Fig.* 81).



Fig. 81.

La conformation du *thorax* mérite de fixer l'attention. Prise sous les aisselles, la circonférence thoracique mesure plus d'un mètre et paraît aplatie dans le sens antéro-latéral. Les côtes, très volumineuses, forment des nodosités saillantes au niveau de leurs cartilages, qui sont hypertrophiés et semblent ossifiés. Ces cartilages présentent une courbure exagérée à convexité antérieure, de manière à délimiter, sur le devant de la poitrine, une gouttière dont le corps du sternum constitue le fond. Les dernières côtes sont assez visiblement renversées en dehors. Le sternum, élargi, très oblique de haut en bas et d'arrière en avant, se terminant par un appendice xiphoïde massif et saillant, projette la base de la poitrine en avant. Le mode respiratoire est absolument diaphragmatique : quand on fait fortement respirer en appliquant les doigts sur les

côtes, on constate que celles-ci sont complètement immobiles, comme si toute la cage thoracique était fixe et rigide.

L'examen des extrémités, pieds et mains, est des plus intéressants. Les *mains* sont gigantesques, courtaudes, accrues beaucoup plus en largeur et en épaisseur qu'en longueur. Ce sont de vraies *mains en battoir* (Marie), avec des doigts énormes, en boudins, aussi gros aux phalangettes qu'aux phalanges.

Circonférence de la main à la tête des métacarpiens, 240 millimètres pour la droite et 235 pour la gauche ; longueur depuis l'interligne du poignet jusqu'à l'extrémité du médius, 212 millimètres pour les deux mains; longueur de la paume de la main (interligne du poignet au pli de la base du médius) 120 millimètres pour les deux mains; largeur de la paume à sa partie moyenne, 110 millimètres pour la droite et 107 pour la gauche; circonférence de la phalangette du pouce, 90 millimètres, de la phalange, 85 millimètres ; circonférence de la première phalange de l'annulaire, 78 millimètres à droite et 75 à gauche ; longueur du médius, 95 millimètres des deux côtés; longueur de l'annulaire, 90 millimètres à droite et 93 à gauche; écartement maximum de la main, du pouce à l'auriculaire, 260 millimètres à droite et 255 à gauche.

Les *doigts* présentent un certain aplatissement dans le sens antéro-postérieur et un léger renflement de l'articulation de la phalange avec la phalangine. Les articulations des doigts sont le siège de craquements (comme dans l'arthrite sèche), mais non douloureux ; les gaines tendineuses des doigts crépitent également. Les phalangines semblent avoir subi une hyperextension sur les phalanges, de sorte que la face dorsale des doigts réunis n'a plus l'aspect d'une surface plane mais celui d'une surface légèrement concave. Cette dernière modification est surtout prononcée pour l'annulaire gauche qui semble avoir été réellement brisé au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. D'autre part, la phalangette de ce même annulaire et la phalangette du médius voisin sont soudées chacune avec la phalangine correspondante, au point que phalangette et phalangine ne forment plus qu'un seul os. Cette soudure est complète depuis un an; il est probable qu'elle est l'aboutissant de l'arthrite sèche qui atteint aussi, mais à un moindre degré, les autres articulations des autres doigts. Les *ongles* ne sont pas hypertrophiés ; ils sont aplatis, non hippocratiques, semblant trop petits pour les phalanges massives qu'ils ont à recouvrir. Ils sont devenus friables, et présentent des stries longitudinales très prononcées. Les *mains* ne se ferment plus complètement et ne peuvent que se mettre en crochet.

Les *pieds* sont comparables aux mains, au point de vue de leur conformation spéciale. Ils sont énormes, camards, mais non déformés. Ils portent à plat sur toute leur surface plantaire dans la position debout. Les mesures suivantes donnent une idée de leurs extraordinaires dimensions : Largeur du pied à la naissance des orteils, 112 millimètres à droite et 109 à gauche ; Longueur du pied, 275 millimètres à droite, 272 à gauche ; Circonférence du gros orteil, 120 millimètres à droite et 125 à gauche; Circonférence du cou-de-pied passant par le talon, 40 centimètres à droite et 39 cent. 1/2 à gauche.

Les membres ne participent pas à l'hypertrophie si remarquable des extrémités. Le *poignet* est bien encore volumineux, mais nullement en proportion avec la main (19 centimètres de circonférence à droite et 19 cent. 1/2 à gauche). *L'avant-bras* et le *bras* ont un développement normal. Les os ont bien de fortes dimensions, mais la flaccidité des chairs réduit le volume du membre. Mêmes remarques doivent être faites pour les membres pelviens. Nous noterons seulement l'augmentation de volume de rotules: 65 millimètres à droite et 67 à gauche. Les diverses *articulations* sont un peu saillantes; comme engourdies, mais non douloureuses dans leurs mouvements. Celles des doigts exceptées, elles ne sont pas le siège de craquements.

Les *muscles* ont subi une véritable atrophie. Quoique cette atrophie atteigne un peu au hasard les divers groupes musculaires, nous avons remarqué pourtant qu'elle est plus prononcée aux fléchisseurs qu'aux extenseurs. Les mollets sont flasques et mous, les biceps sont réduits à rien. Si les parties charnues des membres paraissent encore volumineuses, si les saillies musculaires normales sont encore apparentes, cela tient à l'hypertrophie du derme; mais, sous la peau, on ne sent se contracter que des muscles considérablement diminués de volume. Comme résultat de cette dégradation du système musculaire, il existe une impuissance motrice notable. Celle-ci ne peut être considérée comme le fait d'une paralysie : tous les mouvements sont exécutés, mais ils le sont avec peine et mollesse, les muscles ayant perdu leur énergie. Cette atrophie musculaire, qui date d'environ trois ans, a été précédée de crampes très pénibles, principalement dans la jambe droite. Depuis quelques mois, ces crampes ont disparu.

L'excitabilité des muscles par les courants électriques est passablement diminuée.

Les réflexes sont intacts.

La *peau* a conservé sa coloration normale, mais elle est épaisse. Les plis de la main sont extrêmement profonds et entourés d'énormes bourrelets cutanés. Çà et là, il existe quelques vergetures, entre le cou et les épaules, par exemple. Sur le dos, entre les deux omoplates, on constate un groupe de cinq petits molluscum pendulum de la grosseur d'une lentille; à la partie postéro-interne du bras droit, il en existe un de la grosseur d'une noisette.

La *sensibilité* cutanée n'offre rien de particulier. La *température*, prise sous l'aisselle, est de 36°5 ; prise dans la paume de la main, elle est de 36°2. La faible différence entre les températures prises dans les deux régions a déjà été notée par Verstraeten.

Si nous passons en revue les différents appareils et leurs fonctions, nous voyons qu'un certain nombre présentent des particularités intéressantes : du côté des organes de la *circulation*, nous constatons des modifications importantes qui ont fait considérer ce malade comme un « simple cardiaque » par tous les médecins qui ont eu l'occasion de l'examiner avant nous. Il éprouve, en effet, de fortes palpitations et la sensation permanente de plénitude dans la région précordiale. Le cœur est augmenté de volume, comme l'indique la matité s'étendant jusqu'au 7e espace intercostal et au delà du bord droit du sternum. Le pouls est régulier, un peu mou. On entend à la pointe un souffle systolique, doux, prolongé, qui va en s'accentuant à mesure qu'on se rapproche de l'orifice pulmonaire où il devient très intense. Il n'y a jamais eu d'œdème proprement dit. La veine saphène droite est variqueuse dans toute son étendue. Pas d'hémorroïdes. Rien à signaler du côté de l'appareil *digestif*. A aucune époque, le malade n'a présenté de polyphagie et de polydipsie ; actuellement, l'appétit est plutôt faible. Pour l'appareil *genito-urinaire* nous avons déjà noté l'impuissance. La verge est très volumineuse et se termine par un prépuce phymosique très prononcé ; les testicules sont normaux. La quantité des urines émise en 24 heures est de 1,500 à 2,000 grammes. Per... ne peut dire s'il a jamais eu de la polyurie. L'urine contient de l'albumine en assez notable quantité. Pas de sucre. Les seins et leurs mamelons sont augmentés de volume. L'état psychique ne s'est pas modifié : Per... a conservé toutes ses facultés et sa bonne humeur.

Nous n'avons pas à insister pour démontrer que cette observation répond en tous points à la maladie que M. P. Marie a décrite sous le nom d'Acromégalie. Un homme, âgé de 50 ans, se présente à nous avec une physionomie qui frappe par sa bizarrerie : toutes les parties saillantes de la face extraordinairement développées; les mains et pieds énormes; une cyphose cervico-dorsale ; une hypertrophie de tout ce qui est extrémité et se termine en pointe (verge, luette, apophyse xiphoïde, seins). Nous apprenons que cette transformation a commencé à l'âge de 25 ans ; qu'à part de la céphalalgie, des douleurs vagues dans le dos et dans les membres, de l'impuissance sexuelle, elle n'altérait pas autrement la santé générale ; mais qu'insensiblement, depuis trois ans surtout, elle a amené une véritable déchéance organique, dilatation cardiaque, pseudo-paralysie des membres, par suite de la flaccidité des masses musculaires. Ajoutons à cela l'atrophie du corps

thyroïde, de l'albuminurie, un mode respiratoire tout spécial, des molluscum pendulum, etc. C'est bien là assurément le tableau de ce qu'il y a de plus caractéristique dans la maladie de Marie.

Le diagnostic étant donc pour ainsi dire fait d'emblée, nous voulons seulement mettre en relief les côtés les plus saillants de cette observation.

Comme l'indique l'appellation synthétique d'acromégalie, si heureusement trouvée par M. Marie, ce sont bien toutes les extrémités, les pointes, les ακρον, qui ont grandi et grossi. Les doigts, les orteils, le nez, le menton, la luette, l'apophyse xiphoïde, la verge, les seins ont tout particulièrement subi les mêmes modifications hypertrophiques. Le développement s'est réellement fait dans tous les sens, mais beaucoup plus, proportionnellement, dans les sens de la largeur et de l'épaisseur que dans celui de la longueur. L'aspect camard que présentent les organes hypertrophiés ne prouve pas que l'accroissement a porté uniquement sur la largeur; il résulte plutôt de ce que ces organes étant à l'état normal plus longs que larges leur allongement est moins apparent que leur élargissement. Il suffit, en effet, de se reporter aux diverses dimensions de longueur que nous avons relevées pour se rendre compte que l'allongement est bien réel.

L'accroissement des dimensions ne s'est pas fait symétriquement; le fait est mis hors de doute par nos mensurations qui ont été prises avec la plus grande attention au moyen d'instruments anthropométriques. C'est ainsi qu'à la face nous voyons le côté gauche légèrement plus développé que le droit, tandis qu'aux membres (supérieurs et inférieurs) l'avantage est en général pour le côté droit.

Sur les mains, nous avons constaté les modifications curieuses des doigts. Les craquements qui s'entendent dans les articulations phalangiennes et dans les gaines synoviales adjacentes tiennent vraisemblablement à des lésions anatomiques des épiphyses, telles qu'éburnation des cartilages, développement exubérant des bourrelets périphériques, végétations de la synoviale, lésions analogues à celles de l'arthrite sèche, de l'arthrite sénile. La preuve que la lésion articulaire est bien telle que nous disons, c'est que, comme celle de l'arthrite sèche sénile, elle peut aboutir progressivement à l'ankylose osseuse; telle est la synostose des phalangines et des phalangettes de l'annulaire et du médius gauches qui existe depuis un an chez notre malade. Il n'est pas étonnant, du reste, que le travail hyperplasique qui se fait si activement pendant un grand nombre d'années sur les extrémités osseuses de l'acromégalique puisse équivaloir à une sénilité anticipée : les tissus n'ayant, en somme, que l'âge que leur assignent les processus morbides qu'ils subissent.

L'hyperextension des phalangines sur les phalanges, que nous avons signalée et qui transforme en un plan brisé la surface plane représentée par les doigts réunis ensemble, est la conséquence de l'atrophie musculaire. Nous avons dit, en effet, que cette atrophie porte principalement sur les muscles fléchisseurs qui cessent dès lors d'être des antagonistes suffisants à l'action des extenseurs.

Cette atrophie des muscles offre, en outre, des caractères spéciaux qui la différencient de l'atrophie musculaire progressive et la rapprochent de l'atrophie sénile. Les ventres musculaires sont flasques, pendants; ils semblent n'avoir subi qu'une diminution de leur diamètre transversal, sans aucune modification de leur structure. C'est une atrophie simple, une sorte de macilence musculaire, qui atteint surtout les muscles des membres, laissant à peu près intacts ceux des extrémités et ceux du tronc. De là cette démarche chancelante et cette impotence manuelle analogues à celles qu'on observe chez les vieillards.

Un point tout particulièrement intéressant dans notre observation, c'est qu'elle est prise à une période de la maladie qui peut être considérée comme la période cachectique, la *cachexie acromégalienne*. Dans cette étape finale de l'affection, qui paraît avoir été assez rarement observée dans les divers cas publiés jusqu'à ce jour, — probablement parce que, étant d'assez courte durée, elle se présente moins souvent à l'observateur, — l'acromégalie revêt des caractères différents de ceux qui existent dans les périodes antérieures de l'évolution morbide.

Dans les périodes de développement et d'état de la maladie, les phénomènes ont, en effet, un certain caractère d'éréthisme : hyperesthésie douloureuse se traduisant par des céphalalgies, des douleurs rhumatoïdes; hypertrophie des fibres musculaires donnant aux individus une force musculaire bien au-dessus de la moyenne; palpitations de cœur répondant à une hypertrophie de l'organe; polyphagie, polydipsie, polyurie, symptômes révélant un état éréthique des organes dont ils dépendent, etc. Tous ces phénomènes d'éréthisme fonctionnel, Per... les a éprouvés pendant que se développait la maladie : céphalalgies, douleurs vagues, palpitations violentes, vigueur musculaire qui le faisait considérer comme un charretier de force peu commune. Puis est arrivée la période de déclin et de décadence, celle où nous l'observons. L'accroissement acromégalique est terminé depuis longtemps; les phénomènes éréthiques dont nous venons de parler ont disparu et ont été remplacés par des épistaxies abondantes et épuisantes, par une atrophie musculaire ayant pour conséquence une impotence presque complète, par une dilatation et un surmenage cardiaques. C'est, en effet, un cœur dilaté plutôt qu'un cœur hypertrophié que porte Per...; un cœur devant ressembler aux muscles des membres, flasque, sans énergie, disposé aux syncopes. Et c'est vraisemblablement par une syncope que succombera ce malade, ainsi que cela arrive généralement dans les cas semblables.

Quelles sont les causes et la nature de cette singulière affection? On n'a jusqu'à ce jour donné aucune explication satisfaisante et le terrain pathogénique n'est pas encore assez ferme pour qu'on puisse trop s'y avancer. De plus nombreux matériaux que ceux qui existent sont assurément nécessaires pour qu'on puisse édifier une théorie. Freund (1), rapprochant les symptômes d'acromégalie des phénomènes de croissance, considère cette maladie comme une involution de la vie génitale, c'est-à-dire comme une sorte de retour en arrière pendant lequel les phénomènes de croissance dépassent la norme dans le temps et dans l'espace. Cette théorie, reprise avec de longs développements par Verstraeten (*loc. cit.*), ne nous paraît être qu'une simple vue de l'esprit, basée sur des rapprochements ingénieux, mais ne satisfaisant pas le clinicien. Les troubles de la sphère génitale, en effet, sont loin d'être constants, et, quoique souvent précoces, comme dans notre observation, ils doivent être considérés comme un simple épi-

(1) Wilhelm Alex. Freund. — *Ueber Akromegalie*; in *Sammlung Volkmann's*, n° 329, 1889, p. 17.

phénomène de l'évolution morbide et plutôt comme la conséquence que comme la cause déterminante de la maladie. C'est ainsi, du reste, que les choses se passent dans d'autres affections dystrophiques, dans le diabète, par exemple, où on voit l'impuissance être un des premiers symptômes, sans que pour cela on ait jamais songé à l'incriminer comme cause de la maladie.

En suivant cette méthode, qui consiste à édifier une théorie sur de simples rapprochements, on pourrait tout aussi bien, ce nous semble, dans le même ordre d'idées que Freund et Verstraeten, rapprocher l'acromégalie non pas des phénomènes de la puberté, mais des phénomènes du sénilisme. L'hébétude de la physionomie, la lèvre inférieure pendante, la voussure cervico-dorsale, la déformation du maxillaire inférieur présentant un angle obtus de sorte que le menton est porté en avant, l'atrophie musculaire, l'impuissance génitale, la dilatation de l'appareil cardio-vasculaire, l'affaiblissement lent et graduel des forces, l'aspect terreux, ridé, plissé de la peau, etc., pourraient être autant de caractères autorisant la comparaison. Mais, encore une fois, ce ne sont là que des rapprochements intéressants, mais n'ayant pas une importance telle qu'ils puissent servir de base à une théorie.

Nous serions disposé à accorder plus de crédit à la théorie de Klebs (1) qui, faisant jouer un rôle prépondérant au développement insolite du système vasculaire et à la prolifération généralisée des germes vasculaires, rattache cette *angiomatose*, comme il l'appelle, à la persistance du thymus dont elle procéderait de la même façon que le myxœdème, cette affection limitrophe de l'acromégalie, paraît être due à la disparition de la glande thyroïde. Il n'est pas douteux, en effet, que le système vasculaire est, comme le cœur, augmenté de volume dans l'acromégalie. On a constaté sur les squelettes acromégaliques une dilatation incontestable des orifices vasculaires et un élargissement des gouttières marquées par le passage des artères (Marie, Broca); d'autre part, Klebs a trouvé, dans plusieurs endroits des extrémités, les artères et les capillaires de la peau très larges, baillants sur la coupe, leurs parois infiltrées de noyaux et entourées de tissu jeune, néoplasique.

Chez notre malade nous avons vérifié à plusieurs reprises que la différence entre la température axillaire et celle de la paume de la main est beaucoup moindre que chez l'adulte normal; tandis que chez des personnes saines et du même âge, nous avons trouvé, en moyenne, un écart de 2 à 3 degrés entre les deux températures, chez Per... l'écart n'est que de 0°3. Ce fait, déjà noté par Verstraeten, indique évidemment une vascularisation anormalement exagérée aux extrémités, qui pourrait bien être le point de départ de l'hyperplasie osseuse.

Verstraeten a, en outre, signalé dans ses deux observations « l'augmentation sensible du pouvoir conducteur de la peau pour l'électricité », en d'autres termes la *diminution de la résistance électrique*. Faute de l'outillage nécessaire, nous n'avons pu vérifier le fait sur notre sujet. Quoi qu'il en soit, l'interprétation physiologique dont ce phénomène est susceptible se présente de la façon suivante. Les parties de notre organisme les plus conductrices de l'électricité sont les liquides : lors donc que l'on constate que la résistance électrique d une région est diminuée comparativement à celle de la région homologue, on est en droit de dire qu'elle renferme plus de liquide. Mais ces liquides peuvent être soit le sang contenu dans les vaisseaux, soit une accumulation séreuse sous forme de collection ou d'infiltration. Dans ce dernier cas, le passage du courant ne modifie pas sensiblement l'état des choses, tandis que, dans le premier cas, la rapidité avec laquelle augmente l'intensité du courant (ou diminue la résistance) est en rapport avec la réplétion et la tonicité vasculaires. La diminution de la résistance électrique dans l'acromégalie serait donc encore un indice de l'activité vasculaire dans cette maladie. On sait aussi que ce phénomène de la diminution de la résistance électrique, dit signe de Charcot-Vigouroux, est considéré comme un symptôme pathognomonique du goître exophthalmique, cette autre affection dans laquelle les symptômes vaso-dilatateurs sont portés à une haute puissance et dans laquelle on observe aussi les troubles trophiques les plus marqués et les plus variés (1).

En résumé, les constatations microscopiques faites sur l'état des vaisseaux, l'élévation de la température aux extrémités, la diminution de la résistance électrique sont évidemment autant de faits qui dénotent l'existence d'une vaso-dilatation très prononcée. Mais ce développement anormal du système vasculaire étant admis procède-t-il de la persistance du thymus ? Klebs s'est livré à des recherches très intéressantes à ce point de vue : il croit que dans les follicules du thymus se font les endothéliums vasculaires et que ceux-ci entraînés par le courant circulatoire entrent dans la formation du système vasculaire, d'où le nom d'*angioblastes* qu'il leur donne. On peut objecter toutefois que la persistance du thymus n'a été constatée que dans quelques autopsies seulement et que la *zone de matité retro-sternale* à laquelle Erb attache une grande importance et que Verstraeten a cru reconnaître à l'état de légère submatité dans un cas, n'a pas été retrouvée par d'autres auteurs et manque complètement dans notre observation. Du reste, les deux cas d'Erb ne répondent pas nettement à l'acromégalie et doivent être groupés dans une autre catégorie de faits, que M. Marie désigne sous la dénomination d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique* (2).

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la maladie de Marie, on est frappé d'une chose : c'est qu'en dehors des modifications qu'ont subies les extrémités et qui sont le coté réellement saillant de l'affection, il existe une grande variété d'autres symptômes disséminés sur la plupart des organes. On constate en effet des troubles du côté des appareils moteur, circulatoire, digestif, du côté de la peau, du côté des reins, bref des troubles de toutes les fonctions de l'économie. En présence de cette dissémination des troubles nutritifs, il est bien difficile de faire de l'acromégalie une simple *dystrophie locale*, comme on aurait des tendances de le faire *a priori* ; on est plutot porté à l'envisager comme une dystrophie générale, une sorte de *trophonévrose généralisée*, ayant par conséquent son siège dans le système nerveux encéphalique.

(1) Fritsche et E. Klebs. — *Ein Beitrag zur Pathologie des Riesenwuchses*. Leipzig, 1884, p. 57 et seq.

(1) Dans un travail (*De la cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow*), que nous avons publié dans le *Lyon médical* du 27 mai 1888, nous avons fait ressortir certains traits de ressemblance qui existent entre les cachectiques basdowiens et les individus atteints de myxœdème, affection tout à fait voisine de l'acromégalie. Il y aurait peut-être une série de rapprochements intéressants à faire entre le goitre exophthalmique, le myxœdème et l'acromégalie.

(2) P. Marie. — *Revue de Médecine*, 1890, nº 1.

C'est d'ailleurs dans le cerveau qu'existe la plus constante et la plus spéciale des altérations constatées aux autopsies. « Dans tous les cas, *sans exception*, on a trouvé une hypertrophie considérable du corps pituitaire, celui-ci formant une tumeur dont le volume varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule. » (Guinon) (1). Cette lésion constante de l'hypophyse serait-elle le point de départ, la mise en branle du processus acromégalique ? La chose est possible, d'autant plus que l'existence constante de ce petit organe, sa grande vascularité, ses proportions relativement considérables dans toutes les classes des vertébrés permettent de penser qu'il joue un rôle plus important dans la série animale que chez l'homme où il devient rudimentaire ; de sorte qu'on est en droit de supposer que lorsque par hasard il acquiert chez l'homme des proportions anormales, celles-ci peuvent être en rapport avec des troubles trophiques qu'on n'est pas habitué à voir dans l'espèce humaine.

Toutefois, il ne faut pas oublier que l'hypophyse, *appendice sus-sphénoïdal du cerveau* (Chaussier) est un véritable ακρον, et conséquemment tout particulièrement sujet à l'envahissement hypertrophique de l'acromégalie. C'est en effet une *hypertrophie simple* au point de vue histologique qui a toujours été constatée sur l'hypophyse dans l'acromégalie. Et d'autre part, il est à remarquer que, parmi les cas assez nombreux de tumeurs diverses de cet organe relatés par les auteurs, on ne note aucun fait qui puisse être considéré comme un exemple d'acromégalie.

Quoi qu'il en soit de ces diverses interprétations théoriques, il est un détail dans notre observation que nous ne devons pas passer sous silence. A deux reprises différentes, il y a huit ans et trois ans, Per... fit une chute, la tête portant violemment sur le sol, et il affirme que c'est à chacune de ces chutes que son état a empiré. Il est vrai que les traumatismes sont une cause banale de maladie ; mais Per... précise tellement les faits, il revient avec tant d'insistance sur ces deux accidents comme cause de l'impotence dans laquelle il est tombé, qu'il serait impossible de n'en pas tenir compte. Cette cause d'ailleurs a déjà été signalée. M. Farge (d'Angers) (2) rapporte le cas d'un acromégalique qui, ayant été obligé de garder dix mois le lit à la suite d'un traumatisme violent, affirmait que c'était pendant ce temps que la tête avait pris les dimensions énormes relatées dans l'observation.

Quelle est au juste la part qui peut revenir au traumatisme dans la production de la maladie ? C'est là une question sur laquelle nous ne voulons pas nous étendre. Nous en serions encore réduit aux hypothèses, comme sur tous les points de l'étiologie et de la pathogénie de cette singulière affection.

(1) G. Guinon. — *L'Acromégalie.* — *Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre, 1889.

(2) Farge. — *Observation d'Acromegalie.* — *Progrès médical*, 6 juillet 1889.

Les Associations d'Étudiants aux Fêtes de Montpellier. — *Demande de dégrèvement d'impôt.* — L'Association générale des Étudiants de Bordeaux a désigné quatorze de ses membres pour la représenter aux fêtes de Montpellier ; les étudiants bordelais ont été invités par toutes les associations françaises d'étudiants à présenter à M. le Président de la République une requête tendant à obtenir pour leurs associations la dispense de l'impôt de 20 0/0 sur les cotisations. Les étudiants de Bordeaux avaient pris l'initiative de cette pétition.

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — **M. SEVESTRE.**

Des conditions de propagation de la Diphtérie

(*fin*) (1) ;

Leçon recueillie par **L. Guinon**, ancien interne des hôpitaux.

Maintenant, Messieurs, pour vous montrer par un exemple ce que peuvent donner les mesures de prophylaxie dans la maladie qui nous occupe, permettez-moi de vous exposer brièvement les résultats obtenus dans cet hospice depuis l'année dernière.

La diphtérie faisait ici, de longue date, des ravages sérieux, et sans compter un grand nombre d'enfants, Parrot avait vu deux de ses chefs de clinique, Clozel de Boyer et Cossy, succomber l'un après l'autre, aux atteintes de la diphtérie. Dans ces dernières années, malgré l'installation d'un pavillon d'isolement, les cas restaient toujours très nombreux et presque constamment mortels. C'est ainsi que, en 1887, il y avait eu 62 cas dans le premier semestre et 61 dans le second, et que pour le premier semestre de 1888 nous relevons encore le chiffre de 78 cas.

Or, si l'on cherchait à déterminer l'origine de ces cas, on se trouvait en général très embarrassé, et le plus souvent on constatait nettement que les enfants atteints n'avaient eu aucun rapport avec des diphtéritiques, ni avec le personnel chargé de ce service. Il paraissait donc évident que ce devait être par le linge, par les objets de literie, etc., que se faisait surtout la transmission. Aussi, lorsque l'étuve à vapeur fut installée dans le courant du mois de juin 1888, je demandai instamment que l'on fit une désinfection complète de tout ce qui se trouvait dans les salles de malades et aussi dans la lingerie et les magasins.

Cette désinfection eut lieu, mais elle fut conduite avec une lenteur regrettable ; car c'est seulement au bout de cinq mois qu'elle *parut être terminée*, et vous comprenez que dans un espace de temps aussi long il semble bien difficile qu'il n'y ait pas eu quelques fautes de commises. Quoi qu'il en soit, le résultat parut très satisfaisant ; car, dans le second semestre de 1888, il n'y eut que 13 cas intérieurs de diphtérie, et il semblait permis d'espérer que la propagation de la maladie était enrayée. Malheureusement, les résultats du premier semestre de 1889 ne sont pas aussi favorables, et nous avons eu encore pendant cette période 51 cas.

Ce retour en arrière est-il fait, Messieurs, pour nous désespérer, et doit-il nous faire douter de l'efficacité des mesures de prophylaxie ? Non certes, et je dirais volontiers qu'il démontre plutôt le contraire. Si nous recherchons, en effet, la provenance de ces cas, nous voyons que dans le mois de janvier il se développa, à quelques jours de distance, quatre cas de diphtérie dans le service de chirurgie, et j'appris alors que, dans ce service, la désinfection, à laquelle je tenais tant,... n'avait jamais été faite. Ainsi donc se trouvait réalisée la présomption que je signalais tout à l'heure, et dès lors il est permis de se demander si d'autres parties de l'Hospice, tout aussi importantes, n'ont pas également échappé plus ou moins à la désinfection. La chose est donc à recommencer, et j'espère que dans quelques mois je pourrai obtenir que l'on fasse à nouveau cette stérilisation ; j'espère surtout qu'elle portera sur toutes

(1) Voir *Progrès médical* nº 20 et précédents.

les salles et tous les objets qui y sont contenus, qu'elle sera faite intégralement et rapidement ; et dans ces conditions, après l'exécution de ces mesures d'assainissement, je suis persuadé que la diphtérie deviendra, dans cet établissement, une maladie négligeable.

APPENDICE
(*Janvier* 1890).

La désinfection générale de l'Hospice n'a pu être faite encore, et il a fallu se borner aux mesures de stérilisation partielles ; celles-ci cependant n'ont pas été négligées et ont fort heureusement donné des résultats appréciables. Il n'y a eu, en effet, dans le second semestre de 1889, que 9 cas de diphtérie ; encore faut-il ajouter que trois de ces cas se sont terminés par la guérison.

Comme autre exemple de l'efficacité des mesures de prophylaxie dans la diphtérie, je puis citer également les résultats obtenus pour la ville du Havre, résultats dont je dois la connaissance au docteur Gibert (du Havre).

« La diphtérie, m'écrit notre distingué collègue, a fait son apparition au Havre il y a un peu plus de trente ans. Confinée d'abord dans le quartier de Graville, elle n'y faisait que peu de ravages, mais, depuis 1865 environ, elle a pris une marche envahissante, de telle sorte que la ville entière, depuis plus de quinze ans, fournit son tribut à la maladie. Non seulement elle frappait partout, mais sa gravité augmentait d'année en année ; cependant je dois dire que les appréciations précédentes n'ont qu'une valeur relative, puisque ce n'est que depuis neuf ans que le Bureau d'Hygiène donne une base sérieuse à la statistique, non seulement des causes de décès, mais du nombre de cas de chaque maladie contagieuse.

« Aussi, je ne vous envoie que les chiffres constatés par le Bureau :

1880	86 décès
1881	142 —
1882	176 —
1883	112 —
1884	105 —
1885	96 —
1886	89 —
1887	50 —
1888	57 —
1889	41 —

« Or, ce n'est qu'à partir de 1884 que la désinfection des logements contaminés s'est faite avec suite, et à partir de 1885, qu'une brigade de salubrité, sous la direction du docteur Launay, directeur du Bureau d'Hygiène, a donné à cette désinfection une valeur indiscutable.

« Tous les logements signalés par les médecins, qu'il y ait eu ou non décès, sont désinfectés par un agent de cette brigade, à l'aide de l'acide sulfureux. Quoique la valeur de cet agent ait été discutée, l'expérience acquise au Havre permet d'affirmer qu'elle est réelle. Il est impossible de n'être pas frappé de la chute rapide du nombre des décès diphtéritiques depuis que la désinfection fonctionne. Toutes les fois que cela est possible, on envoie à l'étuve les vêtements, les étoffes, pièces de linge, rideaux, etc., qui se trouvaient dans la chambre du malade et l'on brûle ensuite du soufre, en ayant soin de faire faire l'opération par l'agent du Bureau.

« Il faut ajouter que le docteur Launay a fait tout ce qu'il a pu pour faire disparaître les dépôts de fumier, et en particulier de fumier de basse-cour, de la ville du Havre ; car il n'y a pas de doute pour lui que la diphtérie ne soit entretenue et ne se développe que grâce à ces dépôts.

En somme, de 1880 à 1884, diphtérie . . .	621 décès	
— de 1885 à 1889, — . . .	333 —	

« Résultat vraiment remarquable, dit en terminant le docteur Gibert, et digne de toute l'attention des administrations municipales. »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Bibliothèques pour les médecins de campagne.

Nous lisions, dans un des derniers numéros de la *Revue médicale de Louvain*, l'article suivant sur les Bibliothèques à fonder dans les départements à l'usage des médecins de campagne :

M. le Dr Van Weddingen, de Stewoort, a entrepris une croisade généreuse en faveur des médecins de campagne, les déshérités de la profession, pour lesquels il voudrait voir fonder une bibliothèque dans chaque chef-lieu de province. Les livres de médecine coûtent cher, il en paraît de nouveaux à acheter tous les jours, le nouveau du jour est vieux le lendemain et les collections réunies à grands frais il y a 15 ou 20 ans sont devenues fossiles. Le praticien du village n'est pas riche et la dureté du temps lui rend tous les jours la lutte pour l'existence plus ardue. Il importe cependant qu'il puisse se tenir au courant des progrès de la science, non pas dans une seule direction, comme son confrère le spécialiste des grandes villes, mais dans toutes les directions indistinctement: appelé à tout traiter il doit tout connaître. C'est pour lui un devoir et pour sa clientèle une nécessité. M. Van Weddingen engage ses confrères à s'associer dans le but de se procurer les instruments du travail. Il sait bien que leurs cotisations annuelles ne peuvent pas fournir des ressources suffisantes, mais il espère que la province, le gouvernement et les heureux de la profession, ne refuseront pas un généreux concours à l'œuvre pour l'aider à vivre et peut-être même la faire prospérer. Il n'est pas de citoyen plus utile et plus méritant que le médecin de campagne ; il n'en est pas qui se trouve plus absolument à l'abri de toutes les faveurs gouvernementales, et lorsqu'il demande des livres, il semble que l'assistance du Trésor public, — qui ne fait défaut ni aux sociétés, ni aux orphéons, — ne doive pas lui être marchandée.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée pour attirer l'attention de nos lecteurs sur ce point qui nous préoccupe depuis longtemps, et nous ne saurions trop féliciter M. Van Weddingen de sa initiative initiative.

Que de fois n'avons-nous pas entendu nos anciens camarades d'internat des hôpitaux de province, jeunes gens intelligents, avides d'apprendre, mais isolés au fond de la Basse-Bretagne ou du Bocage Vendéen, se plaindre amèrement de ne pouvoir suivre avec profit, pour eux et pour leurs clients, les progrès modernes, si rapides, des sciences médico-chirurgicales et biologiques !

L'idée de M. Van Weddingen nous semble certainement très pratique, et il suffirait d'être un peu aidé par le public éclairé ou le gouvernement pour la mettre à exécution. Toutefois, connaissant les trop lourdes charges qu'il ne remplit pas d'ailleurs — du Ministère de l'Instruction publique en France, nous préférerions recourir directement à la seule initiative privée. Les créations, pour être vraiment durables, doivent, dans un pays aux libres allures comme le nôtre, avoir ce principe pour base et nous conseillons vivement aux

partisans de cette idée, de compter d'abord sur eux et de ne s'adresser que secondairement aux pouvoirs publics en pareille occurence. Ils ont tant à donner, et à de plus déshérités encore !

Point n'est besoin non plus, pour démontrer l'importance de l'installation de Bibliothèques médicales provinciales, d'entreprendre une telle création dans tous les coins du pays à la fois. Non, il faut commencer par fonder une bibliothèque modeste, dans une région bien choisie. Elle ne peut que fournir des résultats merveilleux. Cela fait, l'exemple sera donné et les intéressés, voyant que leurs vœux sont parfaitement réalisables, voudront imiter ceux qui les premiers auront osé mettre à exécution un projet à l'état d'ébauche chez tout praticien de campagne.

On pourrait, par exemple, louer, dans une ville importante dépourvue d'Ecole de médecine ou de Société savante quelconque, un local, assez restreint d'abord, et cela pour une somme minime. On choisirait un des gardiens de la Bibliothèque municipale, intelligent, ou une autre personne connaissant très bien son métier d'employé de librairie. La personne choisie serait placée sous la surveillance d'un médecin de la ville délégué, à la tête de la Bibliothèque médicale, formée avec les fonds réunis par les souscripteurs. Elle serait chargée de la réception et du classement des livres achetés, des collections de journaux auxquels la Bibliothèque serait abonnée, etc., et surtout de l'*expédition* aux médecins de la région, ayant contribué à la fondation de la Bibliothèque, des ouvrages ou publications demandés par eux et se rapportant à un sujet donné. Un règlement intérieur indiquerait la limite extrême des prêts des livres, le montant de la cotisation annuelle, etc.

Nous ne doutons pas que les médecins puissent intéresser à leur cause un certain nombre de leurs clients riches. Certes, nous savons que sur ce point les malades français ne valent pas les étrangers, qui donnent volontiers quand il s'agit de créer des Instituts, de fonder des Observatoires, de construire des Hôpitaux, de favoriser le développement des laboratoires, la création d'institutions utiles, etc. Mais un mouvement d'opinion, dans ce sens, commence cependant à se faire dans notre pays, depuis surtout que la question de l'autonomie des Universités est mieux connue. C'est à nos confrères à faire de la propagande pour leur idée. Ils peuvent, en tous cas, dès aujourd'hui, compter sur l'approbation de la Presse scientifique tout entière.

Marc. B.

Cours de Clinique chirurgicale (*Hopital de la Charité*). Ouverture du Cours de M. le Pr Duplay.

En remplacement du très regretté professeur de clinique chirurgicale de la Charité, Trélat, la Faculté a porté son choix sur le professeur de médecine opératoire. Le monde médical a applaudi à cette nomination justifiée. Mercredi dernier, au milieu d'un auditoire sympathique, M. DUPLAY a fait sa profession de foi. Le début de sa leçon a été consacré à l'éloge de son prédécesseur qui réunissait les grandes qualités de clinicien consommé, d'opérateur habile et d'orateur éloquent.

Après avoir reconnu les immenses services rendus à la chirurgie par l'antisepsie, et s'être montré chaud partisan de la méthode listérienne, le maître a essayé de faire voir les dangers qu'elle fait courir aux saines traditions de la vieille clinique qui fait la gloire de l'Ecole française. En effet, certains des jeunes chirurgiens, sûrs d'un succès opératoire, négligeraient trop souvent le diagnostic. Il y a des chirurgiens antiseptiques qui se contenteraient, par exemple, d'un diagnostic ainsi posé : « gros ventre; sein à enlever, etc. », alors que souvent dans le détail d'un diagnostic rigoureux on peut trouver des éléments capables de diriger la thérapeutique dans un tout autre sens. Il ne faut pas non plus négliger, sous prétexte d'un bon résultat opératoire, les suites souvent fâcheuses qui peuvent en être les conséquences. Dans le goître, par exemple, comme l'a dit M. Verneuil, les beaux résultats d'opération ne doivent pas faire oublier qu'on transforme en crétin un malade qui n'était que goîtreux. Il fait voir avec son talent de vieux clinicien et d'homme méthodique la voie qu'il faut suivre pour l'investigation clinique et comment toutes les connaissances acquises peuvent et doivent servir le clinicien au lit du malade. Pour un vieux chirurgien, il n'est que trop moderne, lorsqu'il conseille de ne rien négliger et de chercher à s'attacher surtout les sciences naissantes, comme la bactériologie.

La leçon s'est terminée par une série d'aphorismes aussi justes que spirituellement énoncés sur les indications thérapeutiques ou opératoires. Le professeur engage ses auditeurs, en cas d'hésitation entre le couteau et le médicament, à donner la préférence au choix qu'on ferait si l'on était à la place du malade.

La parole nette et précise, le style simple, mais scientifiquement rigoureux, le réel talent universellement reconnu du professeur de clinique, nous font prévoir que les nombreux auditeurs de la première leçon se multiplieront encore dans les séances ultérieures.

Nous ferons remarquer que si, comme le dit avec raison M. le professeur Duplay, il y a en France, et plus peut-être à l'étranger, des jeunes chirurgiens qui dédaignent un peu trop la médecine proprement dite, dont la chirurgie n'est qu'une partie, en somme, et n'étudient pas toujours suffisamment les malades, il est des chirurgiens antiseptiques qui n'en sont pas moins des maîtres en chirurgie et ne dédaignent rien de ce qui peut concourir à éclairer leur intervention chirurgicale et à assurer la guérison du malade, qui est, avant tout, leur objectif.

ETUDIANTS ÉTRANGERS A PARIS. — *Comité de Patronage.* — Un comité vient de se former à Paris, sous le titre de *Comité de patronage des étudiants étrangers*. Il siège à la Sorbonne. Le comité a pour objet : de faire à l'étranger de la propagande, pour attirer dans nos Écoles le plus grand nombre possible de jeunes gens; de donner à ces jeunes gens, à leur arrivée à Paris, toutes les informations nécessaires et pendant leur séjour un appui moral; de favoriser, par tous les moyens en son pouvoir, le développement de l'enseignement français à l'étranger et particulièrement dans le bassin de la Méditerranée. Il se compose de : MM. Pasteur, président; Boutmy, directeur de l'École libre des sciences politiques; Gréard, recteur de l'Académie de Paris; Lamy, ancien député; Lavisse, professeur à la Faculté des lettres de Paris; Paul Melon, Georges Picot, de l'Institut; Albert Sorel, de l'Institut; vicomte Melchior de Vogüé, de l'Académie française. Le Comité décerne le titre de membre fondateur aux personnes qui font un versement unique de 500 francs et de membre associé...

HOMMAGE AUX HOMMES DE SCIENCE. — Un décret rendu sur la proposition du Ministre de l'intérieur et promulgué aujourd'hui décide que les noms de Broca, Lagrange, Danton, Faidherbe, Paul Bert, Boussingault, Durand-Claye, Larousse, Gassendi, [illegible], Soleillet et Camille Desmoulins sont attribués, à titre d'hommage public, à diverses rues de Paris, conformément à l'arrêté du préfet de la Seine, en date du 18 avril 1890, qui est approuvé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. GLEY lit une note de MM. COMBEMALE et FRANÇOIS qui ont observé une épidémie de *crachats verts, dépendants d'une bactérie chromogène* Ils sont expectorés verts ou le deviennent rapidement à l'air. Ils concluent que lorsque les crachats verts apparaissent avec un caractère épidémique, ils sont toujours de nature microbienne, que la couleur est sécrétée par le microbe, et que, dans l'état actuel de la science, cette couleur n'a aucune importance diagnostique ou pronostique ; il s'agit d'une simple curiosité de séméiologie que l'on peut faire disparaître par l'administration de l'acide borique à l'intérieur.

M. DOR. de Lyon, fait déposer, par M CHAUVEAU, une note sur le *poison tétanique.* Sur un malade placé dans le service de chirurgie de M. Ollier et atteint de tétanos, on pratiqua une trépanation dans l'espoir de parer aux principaux accidents. Le liquide céphalo-rachidien qui s'écoula fut recueilli et inoculé à des lapins et à des cobayes qui moururent d'une façon presque foudroyante en 26 à 30 heures sans phénomènes tétaniques autres qu'une légère raideur avant la mort. Les parcelles de substance nerveuse de ces animaux inoculés par trépanation à d'autres lapins n'ont amené la mort qu'au bout de cinq jours avec les signes ordinaires du tétanos. Le bacille de Nicolaier a été cherché vainement dans le système nerveux du malade de M. Ollier. Il doit donc se détruire très vite dans l'organisme.

M. CHAUVEAU résume une note de MM. COURMONT et JABOULAY (de Lyon), *sur les microbes de l'ostéomyélite.* Ces auteurs ont repris au point de vue expérimental, par injections intra-veineuses chez le lapin, le travail de MM. Lannelongue et Achard qui conclut à la pluralité des microbes dans l'ostéomyélite juxta-épiphysaire. Ils concluent que les lésions causées par le staphylococcus, et qui sont celles que l'on observe le plus communément, diffèrent un peu par leur distribution de celles que produit le streptococcus Ce dernier se répand surtout dans la moelle osseuse et provoque moins la suppuration.

M. BROWN-SÉQUARD fait voir deux cobayes qui présentent des *hémorrhagies sous-pleurales assez étendues, provoquées par lésions du système nerveux central.* Une piqûre faite au point de jonction des pédoncules cérébelleux moyens et de la protubérance annulaire produit à coup sûr ces lésions. comme tout le monde le sait, depuis les expériences de Schiff. Elles ne sont pas dues à une vaso-dilatation paralytique, comme on est généralement porté à l'admettre. car pendant l'expérience et à sa suite on peut voir sur le cobaye que les gros vaisseaux, au hile du poumon, sont fortement contractés. C'est cette contracture. portant sur les artères et sur les veines à la fois, qui remplit le système capillaire sans issue et en détermine la rupture. Le parenchyme hépatique présente aussi des ecchymoses nombreuses au cours de cette expérience, et l'on trouve de même les gros troncs vasculaires. artères et veines, énergiquement contractés. Les hémorrhagies pulmonaires sont indépendantes des pneumo-gastriques : en effet, elles se produisent après sa section. Après celle de la moelle et par conséquent des origines du grand sympathique, on ne peut pas les produire C'est donc par ce dernier nerf que se transmet aux vaisseaux l'excitation nerveuse.

M. STRAUS présente un instrument. le *pneumoscope*, du à l'un de ses élèves et destiné à faire ausculter le son de la percussion pulmonaire.

M. M. DUVAL communique une particularité psychique intéressante qu'il définit l'*action inhibitoire d'un centre psychique sur un autre.* Chez lui, la mémoire visuelle est en raison inverse de la mémoire des noms propres. Ainsi, il lui arrive très souvent de ne pouvoir nommer les personnes de sa connaissance qu'il a devant les yeux ; et, quand il cherche à se rappeler un nom, il ne peut y parvenir, l'image visuelle correspondant au nom se présente seule. En revanche, il a toujours parfaitement à sa disposition les noms, même les plus barbares, auxquels ne correspond aucune image visuelle c'est-à-dire ceux des gens qu'il n'a pas connus personnellement. M. Duval n'avait jamais oublié le nom de Kœlliker, lorsqu'il eut occasion de faire connaissance avec l'histologiste allemand au cours d'une visite à Paris de ce dernier. Depuis. il lui arrive fréquemment de rester à court en cherchant le nom, l'image visuelle seule se présente. On ne peut expliquer ces faits que par une action inhibitoire du centre visuel psychique sur le centre de la mémoire des noms. Ce phénomène tend d'ailleurs à s'atténuer avec l'âge. il n'a donc aucun caractère de sénilité ni de déchéance d'un centre, telles que sont les pertes partielles de mémoire des vieillards.

M. BROWN-SEQUARD et M. LABORDE ont observé sur eux-mêmes des faits semblables, mais avec moins d'intensité.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, d'après des expériences faites à l'hôpital Cochin, et des recherches cliniques sur la *Noix de Kola* faites en commun avec le Dr Monnet, a démontré dès 1884 qu'elle possédait une action élective sur la nutrition générale et sur la circulation en particulier. La teinture, l'alcoolature et même l'infusion ont une action réelle dans les affections cardiaques. La noix de Kola a une action diurétique due probablement à la caféine et à la théobromine. Dans les diarrhées chroniques elle est utile à cause du tannin qu'elle renferme. Quant à l'action tonique incontestable qu'elle présente, on l'attribue au rouge de Kola, sans qu'aucune expérience physiologique l'ait démontrée.

M. GERMAIN SÉE affirme de nouveau que l'action de la noix de Kola est due uniquement à la caféine et à la théobromine. Contrairement à ce qu'on a soutenu en Allemagne, cette dernière n'est pas soluble dans le salicylate de soude.

M. CORNIL lit un rapport sur les expériences de M. Babès relatives à *la pénétration des Bacilles de la morve à travers la peau intacte,* et prouvant que la morve peut ainsi être communiquée par le simple contact. La friction avec une pommade contenant des bacilles réussit rarement à donner la morve, à moins d'employer un virus récent et très actif. M. Nocard a confirmé ces expériences. Sur des coupes histologiques des papules morveuses, certains follicules pileux sont normaux, d'autres dilatés. Ces derniers renferment les bacilles morveux, surtout dans la partie centrale. Les couches épithéliales des follicules sont épaissies et à la périphérie on constate quelques cellules migratrices et des bacilles en quantité variable entre les cellules épithéliales. Le tissu conjonctif périfolliculaire est un peu enflammé, et les fentes et vaissaux lymphatiques renferment un assez grand nombre de bacilles. Il est très vraisemblable, étant donnée l'accumulation des bacilles au centre du follicule, qu'ils pénètrent d'abord dans les follicules et de là dans les espaces lymphatiques et plasmatiques de la peau.

M. HERVIEUX communique les résultats de ses expériences sur *le vaccin de Chèvre*, faites à l'Académie de médecine. Le produit de l'inoculation sur une chèvre, faite avec du vaccin de génisse ou avec du vaccin humain, évolue de la meme façon que le vaccin de génisse. La vaccination de chèvre à bras réussit bien, surtout quand elle est pratiquée aussitôt après la récolte du vaccin, et les boutons vaccinaux ont tous les caractères de la vaccine classique. L'inoculation avec du vaccin de chèvre conservé réussit aussi bien que le vaccin de génisse quand elle est faite avec la pulpe, moins bien avec la lymphe. La

vaccination de l'homme avec du vaccin de chèvre humanisé donne le type le plus parfait de la vaccine classique. L'espèce caprine est donc aussi apte que l'espèce bovine à la culture du vaccin. Elle a l'avantage de ne pas exposer à l'inoculation de la tuberculose qu'on n'observe jamais chez la chèvre : mais il y a un inconvénient à ce procédé provenant de la rareté des chèvres.

M. GALEZOWSKI communique un *nouveau procédé opératoire dans le traitement du rétrécissement lacrymal.* L'insuccès fréquent observé avec le procédé classique provient selon lui de la non-absorption des larmes, par suite du manque de contractilité du canalicule lacrymal sur une certaine étendue. Au lieu d'inciser le canalicule inférieur depuis le point lacrymal jusqu'au voisinage de l'angle interne de l'œil, il laisse ce dernier intact et pratique une incision de 2 à 3 millimètres partant du point lacrymal inférieur et allant vers l'angle externe de l'œil. Cette ouverture permet d'introduire des sondes de calibre différent et on dilate ainsi progressivement le canal lacrymal sans déformer le point lacrymal ni nuire à sa contractilité. Il en résulte une absorption beaucoup plus facile des larmes.

Paul SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. HUCHARD. — *Albuminurie des morphinomanes.* — L'albuminurie chez les morphinomanes est due à l'hypotension artérielle. Chez une malade qui prenait habituellement 70 à 80 centigrammes, la quantité fut abaissée à 40 centigrammes. La malade, qui ne présentait rien dans ses antécédents, mourut d'accidents urémiques. Chez une autre morphinomane et asthmatique, la néphrite présentait une étiologie obscure. La présence de l'albuminurie dans les urines des morphinomanes a été signalée par les auteurs ; elle est démontrée par les expériences. Son apparition peut être déterminée par l'action de la morphine sur le bulbe. On peut aussi l'expliquer par l'hypotension artérielle, constatée au sphygmomanomètre. Quant au traitement, on peut obtenir la guérison si le malade est soumis à une surveillance rigoureuse.

M. DIEULAFOY. — *Bains froids dans la rougeole.* — Il ne s'agit pas du traitement de la rougeole par les bains froids, mais de savoir si les bains froids peuvent être utiles dans quelques cas. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans 1/2, prise de rougeole normale, d'apparence bénigne, normale. A la fin du 6e jour, urines rares, supprimées le 7e jour. Symptômes nerveux augmentés. Pouls irrégulier. C'était un cas grave de rougeole à forme typhoïde. Quelques vestiges d'éruption. Traces de règles. J'eus l'impression qu'elle serait morte le soir, intermittences, véritable collapsus, insomnie, angoisses ; la malade, sur la proposition des médecins, après acceptation de la famille, fut mise dans un bain à 25°. Aussitôt frisson avec claquements de dents, elle devint livide, les extrémités étaient froides. On fit couler un peu d'eau froide sur la tête. Très rapidement, le pouls de 150 remonta à 120, puis 110 et reprit sa régularité. La malade fut retirée du bain au bout d'un quart d'heure et laissée dans un drap où elle frissonna encore cinq minutes, puis s'endormit tranquillement. Second bain à minuit, troisième à 3 heures du matin, quatrième à 8 heures. Amélioration considérable, les urines reparaissent, la langue est humide et rosée. On continue les bains toutes les trois heures jusqu'au 3e jour (10e jour de la maladie). Le 2e jour, la malade demandait à manger. Quand on étudie les caractères de la malignité, qu'il s'agisse de fièvre typhoïde, de scarlatine, de rougeole, le tableau clinique est le même. Je crois que le bain froid est applicable à tous les états malins et qu'il y donne les mêmes succès que dans le rhumatisme cérébral.

M. JUHEL-RÉNOY a vu deux malades de rougeole avec bronchopneumonie, chez lesquels il a utilisé les bains froids avec succès.

M. DUPONCHEL a eu deux faits de rougeole avec accidents généraux si graves qu'il a donné le bain froid. L'amélioration s'est immédiatement produite. La rougeole n'a pas été plus longue que dans les cas ordinaires. Cette thérapeutique est bonne dans tous les cas d'hyperthermie avec état grave.

M. HUCHARD pense que le collapsus signalé dans ces cas graves est un collapsus cardiaque. Depuis 7 ans, il soigne ces accidents par les injections de caféine, coup sur coup, avec quelques injections d'éther intercalées. Cette médication produit des résultats remarquables. Pendant l'épidémie de variole de 1870, M. Desnos et lui ont employé l'eau froide, mais sans résultats notables.

M. DESNOS. — Il s'agissait de varioles hémorrhagiques. Mais si les malades sont morts quand même, ils ont été très soulagés. Dans les varioles confluentes, il ne faut pas beaucoup compter sur les bains.

M. G. BALLET cite à l'appui de l'histoire des amyotrophies hystériques l'histoire d'un malade qu'il considère comme propre à lever les doutes émis au sujet de la nature hystérique des accidents du malade présenté récemment par MM. Chantemesse et Widal. Il s'agit d'un homme dont le bras gauche, l'avant-bras et la main présentent une atrophie considérable portant non seulement sur les muscles, mais aussi sur les parties tendineuses et osseuses. Cette atrophie s'est produite en moins d'un mois, particularité très fréquente dans les amyotrophies hystériques. La nature hystérique des accidents n'est pas douteuse, car le malade présente une hémianesthésie sensitive et sensorielle complète. Il a déjà eu plusieurs attaques de monoplégie hystérique. Ces cas sont très importants à recueillir parce qu'ils sont mal connus. MM. Charcot et Babinski ont signalé les premiers. L'orateur lui-même a cité un fait qui aurait pu être pris pour une coxalgie.

M. RAYMOND partage l'avis de M. Ballet. Ces faits sont plus communs qu'on ne le pense, même chez des individus non efféminés. Dans une thèse récente un de ses élèves, M. Michaud a pu réunir en 2 mois 15 observations d'hystérie mâle à Saint-Antoine. Dans la plupart des observations il s'agit d'une atrophie en masse portant surtout sur la main. L'électricité fait contracter juste ce qui reste de fibres saines. Un autre élève a fait une thèse sur l'œdème hystérique. Il s'agissait d'un malade dont les doigts se boudinaient en même temps qu'il éprouvait de la pareso-analgésie. Une première fois tout disparut au bout de 5 à 6 mois, puis les accidents reparurent et s'effacèrent de nouveau.

M. G. BALLET fait remarquer qu'on a nié l'existence de la paralysie faciale dans l'hystérie. Il croit ce fait inexact car il a cru voir une paralysie faciale du même côté que la monoplégie chez son malade.

M. RAYMOND. — Dans la thèse de Michaud il y a aussi une observation de paralysie faciale, mais du côté opposé à la monoplégie. La règle donnée est trop absolue.

M. CHANTEMESSE. — Je crois que notre malade était un hystérique, car il a des zones hystérogènes, des zones d'anesthésie, les modifications de l'œil et les réactions électriques des hystériques.

M. G. BALLET. — Je n'en doute pas non plus, mais chez ce malade les signes d'hystérie ne sont pas gros, chez celui que je viens de citer ils sont gros.

M. SEVESTRE fait une communication sur l'*angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtéritique.* Il n'est pas rare d'observer dans la scarlatine la gorge tapissée de productions blanches, qui, pour les uns seraient diphtéritiques, pour les autres seraient une manifestation de la scarlatine. — D'autres croient qu'il faut distinguer une forme scarlatineuse précoce, une forme diphtéritique tardive. La diphtérie n'est pas toujours tardive cependant, mais l'angine scarlatineuse pseudo-diphtéritique est toujours précoce. La rougeur de la gorge apparaît souvent avant l'éruption, puis survient un gonflement des amygdales avec douleur plus ou moins vive et des points blancs isolés sur une ou sur les deux amygdales qui ne tardent pas à se réunir en forme de plaques blanches, que leur apparence laiteuse et leur friabilité distinguent des plaques diphtéritiques. Dans quelques cas cependant le diagnostic est difficile. L'état général du malade est, dans ces cas, le meilleur guide. Cette angine est essentiellement bénigne et ne donne pas la diphtérie. On ne trouve pas dans les membranes le bacille de Löffler. MM. Wurtz et Bourges ont isolé dans cette affection les microorganismes suivants : un streptocoque, dan

tous les cas, et avec lui les staphylococcus pyogenes, aureus et albus. C'est au streptocoque, très analogue à celui de l'érysipèle, qu'ils attribuent le rôle principal dans la formation des fausses membranes. On ne doit donc pas placer les enfants atteints d'angine scarlatineuse pseudo-diphtéritique dans le pavillon de la diphtérie. Il faut faire chez eux avec grand soin l'antisepsie de la bouche et du pharynx.

M. CHANTEMESSE. — Les streptocoques forment une espèce. On en connaît une race qui produit des fausses membranes. On peut faire le diagnostic par un procédé assez rapide, indiqué par Roux et Yersin. On étale sur des tubes de sérum de bœuf stérilisé une parcelle de la fausse membrane suspecte. S'il s'agit de diphtérie, on obtient, en mettant les tubes à l'étuve, au bout de 24 à 36 heures, un très grand nombre de colonies dont l'apparence, même à l'œil nu, est typique. Dans l'angine scarlatineuse on trouve un grand nombre de colonies de streptocoques, staphylocoques, etc.

M. SEVESTRE. — Le diagnostic purement clinique est difficile, il repose surtout sur la précocité de l'apparition de l'angine et sur le maintien de l'état général relativement satisfaisant.

M. MILLAUD. — En 1879, j'observai avec M. le Dr Chuquet une jeune fille de 16 ans atteinte d'angine couenneuse avec fièvre et délire violents. Je pensai à la scarlatine, je fis faire des affusions froides et la malade guérit très bien.

Séance du 16 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. DUMONTPALLIER donne lecture d'une lettre de candidature de MM. Babinski, Charrin et Siredey.

M. RAYMOND présente un malade atteint de chorée molle avec atrophie musculaire. Cette complication de la chorée minor de Sydenham a été déjà étudiée par Bouteille, puis par M. Charcot, enfin, dans la thèse d'Ollive. Le malade est âgé de 17 ans. Père rhumatisant chronique, mort aphasique et hémiplégique. Mère nerveuse, sans crise. Le malade, bien portant jusqu'en janvier dernier, est pris à cette époque d'un rhumatisme articulaire, qui le tient 15 jours au lit. Au milieu de mars, à peu près guéri, il se met à grandir très rapidement. Dans les premiers jours d'avril, apparition de mouvements choréiques dans la main gauche, puis l'avant-bras, le bras, la jambe et la moitié gauche de la face. Diminution progressive de la force, puis paralysie totale du membre supérieur gauche avec atrophie considérable, surtout au niveau du deltoïde. Réflexes tendineux diminués, excitabilité faradique augmentée dans les muscles atrophiés. Léger souffle systolique à la pointe, pas de troubles de la sensibilité. — Le malade est fils de paludéens, frappé il y a 4 ans, à la suite de surmenage scolaire, de petite attaque d'apoplexie suivie de légère hémiplégie gauche et de mouvements convulsifs de la main gauche : aujourd'hui le tremblement a empiré. Aucun de ces 2 malades ne présente de signes d'hystérie. Le premier est un cas d'atrophie musculaire dans la chorée de Sydenham, le second, un cas de chorée symptomatique d'une lésion cérébrale. Les deux ne peuvent être confondus.

M. OLLIVIER. — Dans les nombreux cas de chorée que j'ai rencontrés, j'ai rarement vu l'atrophie musculaire ; surtout dans la chorée de Sydenham, ces troubles trophiques sont rares. Le cas de M. Raymond est difficile à interpréter, et on peut se demander si l'atrophie en question n'est pas sous la dépendance du rhumatisme. Je ne comprends pas très bien le néologisme *chorée d'évolution* dont se sert M. Raymond.

M. FÉREOL fait remarquer que le malade est porteur d'un érythème papulomargineux qui vient tout à fait à l'appui de l'interprétation de M. Ollivier.

M. RAYMOND. — Je ferai remarquer que l'atrophie porte principalement sur le deltoïde, et l'épaule de ce côté a été à peine touchée par le rhumatisme. Les réflexes tendineux sont abolis. Dans les atrophies musculaires, suites d'arthrites, je crois avoir démontré expérimentalement qu'ils sont exagérés. Quant à la question de nature, je suis de l'avis de mon maître, M. Charcot, le rhumatisme peut être un terrain pour la chorée, mais la névrose est la même chez les rhumatisants et chez ceux qui ne le sont pas.

M. OLLIVIER. — On n'est pas fixé sur la valeur des réflexes en ces circonstances. Personnellement, je considère la chorée comme un syndrome qui peut naître sous diverses influences, telles que le rhumatisme d'une part, le nervosisme de l'autre. C'est dans la chorée rhumatismale qu'on observe des éruptions analogues à celles de ce malade. Cette distinction est importante au point de vue thérapeutique, car il ne faut pas donner de douches aux rhumatisants choréiques.

M. RAYMOND. — Ils guérissent très rapidement par l'électricité.

M. DEBOVE présente, au nom de ses internes, MM. Boulay Courtois-Suffit, l'histoire d'un malade de 54 ans, alcoolique invétéré, qui arriva à l'hôpital avec un délire violent dont il ne fut pas possible de diagnostiquer la nature. Le malade étant mort, l'autopsie a permis de constater l'existence d'une méningite plastique avec dépôt considérable de fibrine et d'une péritonite à exsudations fibrino-purulentes. L'examen microscopique et les recherches bactériologiques ont montré qu'il s'agissait de méningite et de péritonite à pneumocoque. Le poumon était indemne, on a trouvé le pneumocoque dans le sang. Les caractères physiques du pus sont caractéristiques. Quant à la porte d'entrée du microbe, elle est difficile à déterminer. Il semble qu'il y ait eu infection générale d'emblée, mais c'est là une pure hypothèse. L'alcoolisme paraît expliquer la coexistence de la méningite et de la péritonite.

M. SEVESTRE a observé l'année précédente une petite fille atteinte de péritonite qui bientôt se localisa et donna naissance à une tumeur suppurée qui fut ouverte par M. Lucas-Championnière et lavée. Le pus, examiné par M. Netter, fut trouvé rempli de pneumocoques. La malade guérit.

M. NETTER. — La péritonite à pneumocoques est rare, je ne l'ai trouvé qu'une fois sur 108 autopsies de sujets ayant présenté des manifestations pneumococciques. Cela est d'autant plus surprenant qu'on trouve ces microbes sur la séreuse, dans presque toutes les autopsies de pneumonie. La méningite à pneumocoques est moins rare. Elle se trouve dans 63,6 0/0 des cas de méningite suppurée non tuberculeuse. Les caractères macroscopiques sont en ces cas d'une grande valeur, l'examen bactériologique est cependant indispensable pour lever tous les doutes. Il n'est d'ailleurs ni long ni pénible.

M. NETTER fait une communication sur l'*utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes.* — Ces pleurésies sont toujours de nature microbienne, mais les microbes varient et les déterminations pleurétiques portent l'empreinte de l'activité spéciale de ces parasites. Dans 109 pleurésies purulentes examinées se trouvaient le pneumocoque, le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène, le bacille de la tuberculose, le bacille encapsulé de Friedlander, le bacille pseudo-typhique, le microcoque tétragène, des spirilles, des filaments, des bactéries saprogènes. Un certain nombre étaient associés à des espèces plus fréquentes, les autres n'ont été vus qu'une fois. On peut bactériologiquement admettre 4 grandes espèces de pleurésies purulentes dues : 1° au pneumocoque ; 2° au streptocoque ; 3° aux organismes saprogènes putrides ; 4° au bacille de la tuberculose. Le diagnostic se fait par l'examen bactériologique qui n'est long que pour la 4e variété.

La fréquence relative de ces variétés est la suivante.

Pneumocoques.	29,5 0/0.
Streptocoques	46,8 0/0.
Putrides	13,7 0/0.
Tuberculeuses	11 0/0.

La pleurésie purulente à pneumocoques est très fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte, c'est la pleurésie à streptocoques qui domine. La pleurésie purulente à pneumocoques est la moins grave. Elle est souvent précédée de pneumonie, elle peut guérir spontanément par vomique. L'indication thérapeutique consiste à évacuer le pus. La ponction suffit en général, quelquefois l'empyème est nécessaire. Dans les cas de pleurésies purulentes à streptocoques et à pneumocoques, il faut se conduire comme dans la pleurésie à streptocoques. Celle-ci réclame une intervention hâtive et énergique, l'antisepsie rigoureuse, les lavages au sublimé suivis d'un fort lavage à l'eau bouillie. La pleurésie putride demande la thoracotomie suivie de lavages qui donne dans ces cas d'excellents résultats. La pleurésie purulente tuberculeuse est soulagée par les ponctions à longs

intervalles. L'empyème ne fournit que des résultats incomplets et parfois fâcheux. La médication antiparasitaire n'a pas encore à la connaissance de l'orateur donné de résultats.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *mai* 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Routier fait un rapport sur une observation envoyée par M. Chénier (de Limoges) et intitulée : *Tumeur fibreuse de la région fessière constituée par une hernie de l'ovaire.* — Il s'agit d'un fait rare et curieux de *hernie ischiatique* de l'ovaire, observée chez une femme de 40 ans, jouissant d'une très bonne santé et chez laquelle on avait fait, avant l'opération, le diagnostic de lipome avec hernie. La malade opérée a guéri. M. Routier rappelle qu'il y a très peu de cas analogues dans la science.

M. le Dr Routier fait un autre rapport sur une observation de M. Poisson (de Nantes), ayant trait à un *Carcinome du rectum opéré par la voie sacrée.*—Il s'agissait d'un homme de 70 ans, atteint d'un cancer du rectum siégeant à 4 centimètres de l'anus. Le tube digestif du malade fut désinfecté par l'administration de naphtol β à l'intérieur; peut être pas suffisamment, pense M. Routier. L'opération fut délicate. On eut beaucoup de peine à séparer la tumeur de la prostate et des vésicules séminales. Le rectum fut suturé, après fermeture du péritoine, par un seul plan de suture au catgut chromique. Un drain fut placé entre le rectum et la peau réunie, et un autre dans le rectum. L'opéré mourut au bout de quelques jours de septicémie.— M. Routier explique le décès par l'âge du malade, la situation très inférieure du cancer, ce qui empêcha de faire une très bonne suture, par l'occlusion complète de la plaie en arrière et l'insuffisance des sutures intestinales. Il aurait fallu faire deux plans de suture; un seul n'est pas assez solide. — M. Routier a essayé récemment de tenter une autre opération de Kraske ; mais, en raison du siège et des adhérences du cancer rectal, il a dû se borner à faire un mauvais anus sacré, après ablation de la tumeur. Son malade est mort de septicémie au 7e jour. Ces deux insuccès, dûs aux conditions mauvaises dans lesquelles on a été obligé d'intervenir, ne sont pas imputables à la méthode qui est très recommandable ; seulement il ne faut l'appliquer qu'à certains cas donnés. — Son premier opéré continue à aller très bien.

M. Verneuil pense que l'extirpation du rectum est contre-indiquée chez les vieillards; il vaut mieux faire d'emblée un anus iliaque, car c'est une infirmité très supportable et une opération bénigne. L'opération de Kraske a un bilan de mortalité énorme. D'ailleurs il y a longtemps qu'il a recommandé d'enlever le coccyx pour faire l'ablation du cancer rectal (rectotomie postérieure). L'ablation est plus facile chez la femme, en raison de l'absence de prostate. Quant à la partie saine du rectum, située au-dessous du cancer, il vaut mieux l'enlever que de tenter l'anastomose intestinale à la manière de Kraske. Il faut bien se garder de faire la réunion en arrière. Il laisse la plaie suppurer.

M. Quénu. — La voie sacrée pour la résection du rectum permet deux choses : 1° l'ablation de cancers très élevés ; 2° la réunion du bout supérieur au bout inférieur, avec conservation du sphincter anal. Il a vu faire une fois l'opération de Kraske et l'a exécutée une fois. Il n'a pas eu de difficulté à décoller le rectum en avant ; mais en arrière, au niveau du mésorectum, la dissection a été plus pénible. La muqueuse rectale semblait glisser seule et descendre sous l'influence des tractions. Il dut sectionner assez haut le mésorectum et enlever toute la partie d'intestin dépourvue de mésorectum. Dans ces conditions de résection trop considérable, l'S iliaque ne pouvant pas être abaissée, il ne put faire la suture circulaire par impossibilité de rapprocher les deux bouts d'intestin et se borna à faire un anus sacré. Durée 1 h. 1/4. Le malade mourut sans phénomènes péritonéaux, de choc probablement. L'état antérieur du malade doit entrer en ligne de compte dans l'évaluation des chances de survie de l'opéré.

M. Schwartz a opéré de cette façon un homme de 56 ans, ayant un cancer annulaire du rectum, siégeant à 4 cm. au-dessus de l'anus, mobile sous le chloroforme. Après la résection, le bout inférieur n'avait plus que 3 cm. de haut. Aussi eut-il de la peine à faire l'entérorrhaphie. Peut-être aurait-il mieux fait d'enlever cette collerette, comme le veut M. Verneuil. Pour faire la suture de l'intestin, il fut obligé de sectionner en arrière par une incision longitudinale le bout inférieur et de l'étaler. La suture circulaire faite, il le ferma en arrière ensuite. Une débâcle formidable survint quelques jours après l'opération et le malade mourut le 6e jour de septicémie.— Dans un second cas analogue, il résolut de faire tout d'abord un anus iliaque d'attente. Ayant constaté alors que le cancer, mobile par l'anus normal, ne l'était pas par l'anus artificiel, il ne fit pas l'opération de Kraske. Il s'en félicite, car son malade va bien.

M Gérard Marchand a fait 2 opérations de Kraske. Ses deux malades ont guéri. Dans la première opération, il a eu assez de difficultés à détacher le rectum des parties voisines adhérentes. Il se forma une petite fistule stercorale, peut-être à cause de la contracture du sphincter anal qui se produisit Il croit qu'il aurait fallu faire à ce moment la dilatation de l'anus, pour paralyser temporairement le sphincter. Dans sa deuxième opération, il a fendu, comme M. Schwartz, la moitié postérieure du bout inférieur pour faire la suture (1). La voie sacrée est une méthode excellente ; elle permet d'enlever tout le mal et d'extirper les ganglions dégénérés. On voit ce qu'on fait.

M. Terrier a fait une fois l'opération de Kraske chez un vieillard très anémié, extrêmement malade, âgé de 60 ans environ. Le point capital en l'espèce est la désinfection du rectum. Elle n'est possible qu'avec des soins extrêmement méthodiques de la part des gens de service ; les surveillantes jouent là un grand rôle à l'hôpital. Mais l'antisepsie rectale est cependant réalisable (régime lacté, purgatifs, naphtol β, lavements, etc., pendant plusieurs jours). En bourrant le rectum après y avoir mis un gros tube à drainage, on peut mettre la plaie à l'abri des matières fécales, si la diète a été bien observée. Il faut être très sévère sur ce point. — Son malade, dont l'opération fut facile, a bien guéri, malgré l'apparition d'une petite fistulette.—Il faut faire la suture intestinale à la soie et y procéder *avec le plus grand soin.* L'opération de Kraske est excellente, surtout parce qu'elle permet de conserver la partie inférieure du rectum et le sphincter anal. Les malades guéris sont placés dans les conditions de l'existence normale ; ce qui est capital.

M. Routier. — M. Verneuil aura beau dire, l'anus iliaque est une horrible infirmité. D'autre part, l'opération de Kraske est une toute autre opération que celle de M. Verneuil. Quand il est impossible de faire la suture des 2 bouts du rectum, par suite des dimensions trop minimes du bout inférieur, il ne s'agit plus là de l'opération de Kraske (2). M. Routier est de l'avis de M. Terrier sur la nécessité d'une désinfection très soignée du rectum et de l'emploi de la soie pour les sutures.

M. Kirmisson fait un rapport sur la *statistique des opérations exécutées* en 1889 par M. Boix (d'Aurillac).

M. Ricard présente un malade atteint de *luxation traumatique de la hanche, irréductible,* guéri par la *résection et la*

---

(1) Si, à l'étranger, on n'a pas insisté autant sur les difficultés qu'on peut éprouver à suturer les deux bouts du rectum, cela tient exclusivement à ce qu'on n'opère guère là-bas par la méthode de Kraske que des cancers assez élevés, situés au moins à 5 ou 6 centimètres de l'anus. D'autre part, il faut avouer que les chirurgiens de l'école allemande font admirablement les sutures intestinales, point capital (voir *Corresp.* de Suisse) ; et que chez nous, en raison même de notre mode d'éducation chirurgicale, qui doit se faire à l'Ecole pratique plutôt que dans les services hospitaliers, on traite tout cela un peu trop par-dessous la jambe, pour employer une expression vulgaire qui traduit très bien notre pensée. Les minuties ne paraissent pas dignes d'attirer l'attention. En chirurgie fine — chirurgie de l'avenir, à n'en pas douter — il faut plus de patience, plus d'habileté manuelle qu'on ne le croit à Paris. Le sens chirurgical n'est pas un vain mot, et ne devient pas vrai chirurgien qui veut. Toutes les considérations théoriques invoquées ne prévaudront jamais contre cette constatation d'ordre absolument clinique.

(2) L'opération doit alors s'appeler une *Amputation du rectum* et non pas une *Resection.*

réduction du col dans la cavité cotyloïde. Très belle observation. (Renvoi à une commission).

M. DELENS montre une malade atteinte d'un *névrome plexiforme de la paupière supérieure* très intéressant.

M. DE MOE, médecin principal de l'armée des Pays-Bas, présente une série d'*instruments en usage dans les armées des Indes* (gouttières en rotin, trépans, aiguilles, etc.).

M. ROUTIER présente une pièce se rapportant à un *ostéosarcome du fémur*, à évolution très lente (15 ans); et un *kyste de la partie externe de la trompe*, dont le pédicule était 5 fois tordu sur lui-même.

M. TERRIER présente un *kyste hydatique du grand épiploon* qu'il a enlevé chez une femme atteinte de *péritonite chronique consécutive*, chez laquelle on avait fait les diagnostics de salpingite et de kyste de l'ovaire! Il a énucléé le kyste, réséqué une grande partie de l'épiploon enflammé et fait un nettoyage complet de la cavité péritonéale, pleine de fausses membranes, à l'aide d'éponges et de serviettes stérilisées. Une grande quantité de fibrine se trouvait épanchée sous la séreuse. M. Terrier a nettoyé à fond l'abdomen, allant parfois jusqu'à racler le péritoine avec la curette. Les anses intestinales étaient très rouges. Drainage. La malade va bien. M. Terrier insiste sur la difficulté qu'on éprouve à faire des ligatures sur un épiploon enflammé; les tissus se coupent, s'effritent; il faut ne pas trop serrer les fils. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. CATILLON. — M. Huchard, à la séance du 9 avril, a lu une note de M. Liégeois sur *le traitement des vomissements incoercibles* par les *injections de morphine et d'atropine*, où la dose d'atropine injectée (0,02 centigr.) est énorme. J'ai trouvé dans les *Nouveaux Remèdes* une note intéressante à ce sujet, signalant 2 cas d'intoxication par la morphine guéris par des injections d'atropine; l'auteur dit avoir donné des doses 40 fois plus fortes d'atropine (20 à 40 centigr.) qu'on ne les donne normalement.

M. CRÉQUY. — Un élève en pharmacie avait donné, il y a quelques années, 10 grammes de laudanum à un malade. Un médecin ordonna 0,02 centigr. d'atropine. Le malade est mort de pneumonie. M. Brouardel trouva cette dose extrêmement forte et pensa que l'action de l'atropine s'ajoute, dans ces cas, à celle de la morphine pour intoxiquer le malade.

M. DELPEUCH. — J'ai vu une femme qui avait avalé 8 ou 9 grammes de laudanum; j'ai été obligé de lui donner jusqu'à 30 gr. de teinture de belladone pour faire revenir la pupille à son état normal. Je me demande pourquoi on donne les deux médicaments en injections hypodermiques.

M. HUCHARD. — Je suis de l'avis de M. Créquy. Il ne faut pas confondre l'antagonisme physiologique et l'antagonisme thérapeutique des médicaments. M. Prévost (de Genève) a fait un travail fort intéressant sur l'antagonisme thérapeutique. Il a démontré qu'à côté de l'antagonisme vrai, il y a un antagonisme faux. Parce qu'une des substances dilate la pupille et l'autre la rétrécit, il ne faut pas croire que l'un annihile les effets de l'autre. Il y a des animaux qui peuvent prendre impunément certains médicaments à des doses énormes (le lapin peut ingérer 1 gramme de morphine). Il ne faut pas déduire de l'action des médicaments sur les animaux l'action des mêmes substances sur l'homme. La Société ne pourrait-elle pas mettre cette question à l'ordre du jour?

M. DELPEUCH. — Il y a non seulement des différences entre les animaux et l'homme, mais entre l'enfant et l'homme adulte, surtout eu égard à l'atropine.

M. BOVET lit un travail intitulé : *Recherches sur la peptonisation des substances albuminoïdes*. La richesse d'un aliment en substances albuminoïdes ne prouve pas l'utilisation complète de cet aliment pour l'organisme. Il existe dans les aliments des toxines non seulement inutilisables mais dangereuses. J'ai fait une série d'expériences *in vitro* sur certains aliments (lait, fibrine, albuminoïdes, végétaux, œufs). La pepsine n'a pas toujours le pouvoir peptonisant le plus élevé, cela dépend des matériaux peptonisables. L'HCl peptonise surtout le lait et les albuminoïdes végétaux. J'ai voulu surtout démontrer que les albuminoïdes végétaux peuvent remplacer avantageusement la viande.

M. CATILLON. — Je ne comprends pas ce que M. Bovet appelle peptones produites par l'HCl. Il n'y a pas, dans ce cas, de peptone pure, il y a de la Syntonine.

M. BOVET. — Le réactif du biuret ne donnait rien dans ces cas.

M. VIGIER présente *un taffetas au calomel* destiné à remplacer le sparadrap au diachylon usité par M. Quinquaud. Ce taffetas est composé suivant la formule indiquée il y a 2 ans par M. Viguier. Il présente en outre *deux savons* à base de bois de Panama, l'un antiseptique, l'autre au goudron.

M. DELPEUCH présente une observation sur les paquets adressés par M. Budin à l'Académie. L'acide tartrique, qui entre dans leur composition, renferme une grande quantité d'eau de cristallisation et le sel tombe en déliquescence; on ne peut donc pas conserver longtemps ces paquets. J'ai étudié cette question et je suis arrivé à composer des paquets comme suit :

Sublimé.	0,25 centigr.
Acide borique pulv.	0,60 centigr.
Acide tartrique.	0,40 centigr.

Le mélange est antiseptique et plus stable.

M. MOUTARD-MARTIN. — C'est M. Marty qui a fait les recherches chimiques nécessaires pour arrêter la composition des paquets destinés à être conservés. M. Delpeuch ne pourrait-il pas présenter ses observations à l'Académie? A. RAOULT.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 15 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS-DUVAL.

MM. COLLIN et G. DE MORTILLET présentent des *objets ethnographiques pahouins*.

M. VANVILLÉ présente et décrit des *silex de la vallée de l'Aisne*, provenant d'ateliers préhistoriques nouvellement découverts aux environs de Condé.

M. DE MORTILLET, en appelant l'attention sur la valeur de ces découvertes, dit que le nombre croissant des stations préhistoriques permettra de plus en plus de dresser la *carte géographique* de la préhistoire, et que l'étude des matières dont ces objets sont formés peut nous faire comprendre la direction des *échanges commerciaux* de cette époque lointaine. Les déchets et la mauvaise qualité des pièces nous montrent bien qu'on a affaire à des ateliers qui ont sans doute utilisé des blocs de grès erratiques.

M. COLLIN dit que ces objets en grès se trouvent assez fréquemment, et M. VANVILLÉ estime qu'ils proviennent de gisements de grès sur place.

M. DIAMANDI fait une communication *sur les idoles de Koukouten* (station préhistorique de Roumanie). — On peut distinguer deux types: le premier représenté par des idoles cousus sur les vêtements ou suspendus aux habitations; le second par des mannequins debout, fichés en terre sans doute et se distinguant par l'exagération des organes génitaux. Il y a là aussi des idoles couverts de rayures qui sont peut-être un tatouage, peut-être un vêtement, mais ces tatouages ne sont pas comparables à ceux des sauvages actuels. On trouve une certaine similitude entre le costume thrace et le breton.

M. VERRIER lit, avec sources à l'appui, un travail sur l'*organisation de la famille dans les sociétés primitives*. Il examine successivement l'état social des peuplades chasseresses, puis des nomades et des pêcheurs.

M. Lionel BONNEMÈRE fait une communication *sur la fontaine de St-David*, en Bretagne, visitée fréquemment par les fébricitants de la contrée qui viennent y apporter des œufs, s'astreindre au singulier travail d'épuiser successivement trois bassins, ce qui leur prend parfois une journée, et faire des prières, le tout pour être guéri. D'autres y laissent tomber des épingles disposées en croix qu'il est de bon augure de voir surnager.

MM. SANSON et ZABOROWSKI rapportent des coutumes analogues dans d'autres régions, et M. G. DE MORTILLET rappelle le fait d'un cœur de veau piqué d'épingles qu'un fervent avait déposé dans la chapelle de l'église St-Etienne-du-Mont.

A propos des œufs pourris dont les Chinois feraient leurs délices, M. MATHIAS-DUVAL cite M. Tcheng-Ki-Tong, d'après

lequel on mangerait les *œufs couvés* à des degrés divers, ce qui n'est nullement répugnant. Le fait est peut-être à examiner et à expérimenter au point de vue médical, car l'albumine se transforme en peptone, plus assimilable. Mais les Chinois font également fermenter les œufs et les mangent « en fromage ». Ces œufs sont enterrés dans la chaux et des cendres de cyprès. Fermentés, ils acquièrent une coloration verdâtre, l'albuminurie devient cornée, et cette sorte de fromage développe une odeur persistante et repoussante d'urinoir.

M. Eschenauer présente une jeune fille, atteinte d'*aïna,* qui dessine quand même fort bien et mérite l'intérêt que la Société voudra accorder au seul soutien d'une famille.

M. Letourneau communique un mémoire intéressant de M. Dumont *sur la démographie du Finistère.* G. Capus.

REVUE DENTAIRE

I. — Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire; par le Dr Andrieu, 1887.

II. — Traité de dentisterie opératoire; par le Dr E. Andrieu, 1889.

III. — De la dent de sagesse et des accidents provoqués par son éruption; par le Dr Cornudet. — Thèse 1887.

I. — J'arrive très en retard et après beaucoup d'autres, pour signaler le Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire du Dr Andrieu ; je réparerai en partie ma négligence en parlant en même temps du Traité de dentisterie opératoire, que le même auteur vient de publier ; il s'agit là de deux gros et beaux volumes magnifiquement édités, venant, chacun à leur place, combler une lacune évidente dans nos livres d'instruction dentaire. Ces livres, par le nom de leur auteur et la place qu'il occupe dans la spécialité, méritent de fixer notre attention. Pour le premier volume : Traité de prothèse, je passerai volontiers sous silence tous les premiers chapitres, comprenant presque les deux tiers du volume et traitant du matériel d'atelier et de laboratoire, des matières employées en prothèse, etc. Ce ne sont pas là des détails inutiles dans un livre spécial, ils sont même indispensables ; mais on peut, à la rigueur, trouver ailleurs ces renseignements. Ce qu'on peut louer sans réserve, dans cette partie du livre, c'est le nombre, le luxe et la clarté des figures. Mais, à notre avis, la partie capitale du livre, qui en fait la véritable originalité, est celle qui a trait aux travaux de cabinet, ou, si l'on veut, au rôle de médecin dans l'application des procédés de prothèse. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir compris la nécessité de séparer, pour ainsi dire, son travail en deux et d'avoir ainsi montré que le rôle du médecin n'était pas inférieur à celui du mécanicien ; que ces deux rôles, si souvent confondus par le public, sont absolument distincts. Si nous avions un reproche à adresser à l'auteur, ce serait peut-être de n'avoir pas encore assez montré cette distinction nécessaire. Un exemple montrera combien les connaissances anatomiques et physiologiques précises sont nécessaires, même pour la pose des appareils. On sait, pour les pièces complètes ou dentaires, quelle difficulté présente souvent sur le patient la prise de l'articulation, ou des rapports précis des deux mâchoires dans le plan vertical ; la connaissance exacte de l'action des muscles qui s'attachent aux mâchoires, et de la conformation de l'articulation temporo-maxillaire, fournira deux excellents moyens de fixer l'articulation, moyens d'ailleurs indiqués par le Dr Andrieu : le premier moyen consiste à faire fortement pencher la tête du patient en arrière, l'action des muscles forçant la mâchoire inférieure, en la tirant en arrière, à se fermer d'une manière normale ; le second moyen consiste à saisir avec la paume de la main le menton du sujet, à lui faire faire la mâchoire morte et à ramener soi-même les condyles de la mâchoire dans leur cavité, ce qui est exactement indiqué par le brusque ressaut des condyles rentrant à leur place, ressaut ressenti par la main de l'opérateur, détail négligé par M. Andrieu. Nous pourrions citer beaucoup d'autres exemples. Ne croit-on pas encore que pour l'application des appareils de redressement, l'indication même du redressement et les méthodes à employer, il soit indispensable de s'appuyer sur des données anatomiques et physiologiques précises sous peine de graves mécomptes? Est-ce que, par exemple, la connaissance plus parfaite que nous avons du mode d'articulation des dents avec les mâchoires, qui se fait à l'aide de véritables ligaments élastiques et extensibles, ne nous rend pas compte de la tendance presque invincible qu'ont les dents à reprendre leur ancienne position, surtout dans les déplacements en rotation? A ce propos, il nous sera permis de reprocher au Dr Andrieu, qui a été si complet sur d'autres points, d'avoir été si concis au sujet des appareils de redressement, et si sobre au sujet de leurs indications. Je sais bien qu'il s'agit d'un traité de mécanique dentaire, mais il m'eût été agréable de voir le médecin et le physiologiste se substituer plus souvent au mécanicien.

II. — Le Traité de dentisterie opératoire du même auteur, auquel, obéissant toujours à la même pensée, je reprocherai son titre peu médical, n'est pas moins complet, en son genre, que le traité de prothèse. Il contient des chapitres très développés sur le matériel du cabinet d'opération, les opérations préparatoires ou préliminaires, les obturations, les extractions, etc. Peut-être eussé-je désiré que l'auteur fît une distinction nécessaire, entre les opérations chirurgicales proprement dites, telle que les extractions, les opérations sur les gencives, etc., et les opérations purement mécaniques, comme l'exécution des plombages. Il est vrai que les opérations de divers ordres se touchent souvent au point de se confondre et que l'indication est plus facile à donner qu'à remplir. Il y a peu de lacunes à signaler dans le beau livre de M. le Dr Andrieu; il en est cependant quelques-unes de regrettables. C'est ainsi qu'au nombre des appareils de chirurgie, à côté du thermo-cautère Paquelin si incommode pour la bouche, je ne vois pas mentionné le galvano-cautère à anse de platine, qu'on peut varier à l'infini de forme et de volume, et d'un emploi si simple et si rapide, en particulier le galvano-cautère à éléments mobiles, qui rend de si grands services dans la pratique dentaire. Dans le chapitre des opérations proprement dites, me sera-t-il permis de signaler encore une légère omission? Je ne vois pas qu'il soit parlé du redressement brusque des incisives, comme méthode de redressement dans les déplacements par rotation. Je trouverai encore bien courtes les quelques pages où il est traité de la greffe dentaire; depuis quelques années, cette opération, sous toutes ses formes, a pris une grande place dans la pratique, peut-être y avait-il lieu à plus de développement ; j'aurais voulu, par exemple, que l'auteur insistât plus qu'il ne l'a fait sur l'importance des précautions à prendre au point de vue de l'antisepsie, pour la réussite de l'opération ; qu'il discutât les indications, les suites de la greffe, etc. En revanche, on peut louer, sans réserves, tout le chapitre consacré aux extractions dentaires. On voit que l'auteur est là sur son véritable terrain; il a pu mettre à profit les résultats d'une longue expérience; les principes qu'il expose s'appuient à la fois sur des connaissances anatomiques précises, des considérations originales, et la vue exacte de toutes les difficultés de la pratique. Je demande pardon à M. Andrieu des quelques critiques que j'ai pu formuler, qui ne sont inspirées que par l'importance que j'attache à ses œuvres. Si j'ai bien compris ses intentions, dans les deux volumes considérables, dont nous avons à peine suffisamment parlé, il a voulu montrer qu'un médecin qui voulait s'occuper de la spécialité dentaire, pouvait posséder, au même titre que les dentistes qui revendiquent le titre, et sans doute les qualités de mécanicien, toutes les notions mécaniques indispensables à la pratique de son art; il faut reconnaître que la démonstration a été complète. Cette préoccupation l'a entraîné volontairement à donner les plus grands développements aux côtés techniques, soit de la prothèse, soit des opérations mais nous devons reconnaître en même temps, qu'il n'a pas négligé le côté médical, ce qui nous importait le plus. C'est dire que le mécanicien et le médecin devront à la fois y trouver un utile enseignement.

III. — Sous l'inspiration de M. le Dr Redier (de Lille), M. le Dr Cornudet expose dans sa thèse inaugurale sur les accidents de la dent de sagesse, de nouvelles considérations pathogéniques qui ne manquent pas d'intérêt. Les accidents graves (abcès, contractures) provoqués par la dent de sagesse avaient toujours été attribués jusqu'ici à la périostite du sommet de la racine de la dent, produite par la compression osseuse ré-

sultant des obstacles mis à la sortie de l'organe, et à une ostéite partielle du maxillaire. S'appuyant, d'une part, sur l'absence fréquemment constatée de lésions du périoste de la dent, et, d'autre part, sur ce fait d'observation que les accidents ne commencent jamais tant que la muqueuse qui recouvre primitivement la dent n'est pas percée en un point quelconque et enflammée, l'auteur explique tous les accidents, même les plus graves, qui peuvent survenir, par une véritable infection putride locale, analogue à celle qui suit les fractures compliquées de la mâchoire. La théorie émise par MM. Redier et Cornudet mérite assurément qu'on s'y arrête, car elle paraît reposer sur des faits d'observation exacts. Mais est-elle réellement applicable à tous les cas, et peut-on nier les effets de la périostite alvéolo-dentaire, le plus souvent évidente, et d'ailleurs indiquée par la nature des accidents : fluxions, abcès profonds, à direction souvent cutanée, tels qu'on les observe sur d'autres dents atteintes de périostite du sommet ? Nous croyons que c'est la variété, sinon la plus fréquente, au moins la plus grave, des accidents de dent de sagesse. Est-ce à dire qu'il n'y en ait pas d'autres qui, commençant par l'inflammation de la gencive mordue, tuméfiée, d'ailleurs percée, et laissant un cloaque entre elle et la couronne de la dent, s'étendant peu à peu, peuvent amener des abcès de décollement, et même de la contracture des mâchoires ? Cela est aussi de toute évidence. C'est même là l'accident vulgaire de la dent de sagesse. Mais la théorie de la périostite, et même de l'ostéite, ne nous semble pas détruite par l'observation de ces accidents, et dans la plupart des cas la distinction reste facile à faire. Le point de vue, mis en lumière par MM. Redier et Cornudet, n'en est pas pas moins extrêmement intéressant, et de nouvelles observations pourront peut-être, dans l'avenir, en démontrer la plus complète exactitude. Dr CRUET.

CORRESPONDANCE

Lettre de Suisse.

I. Résection triple de l'intestin. — II. Sur les effets du massage. — III. Le traitement du typhus par la Thalline. — IV. Un cas de sarcome de la langue. — V. Les subventions fédérales aux Universités. Institut central d'Hygiène à Zurich.

Monsieur le Rédacteur,

I. — M. le Pr Kocher (de Berne) publie, dans le n° 7 du *Corr. Blatt f. Schweizer Aerzte*, un cas très intéressant de *résection de l'intestin.* Dans la première partie de son travail, il jette un coup d'œil en arrière, et constate le développement qu'a pris la méthode et les résultats surprenants qu'on est actuellement en droit d'en attendre. Tandis qu'au temps de l'antisepsie à l'acide phénique, sur 12 résections de l'intestin dans des cas de hernie incarcérée, il avait 3 succès et 9 morts, c'est-à-dire 75 0/0, il est arrivé par l'antisepsie au sublimé et une désinfection rigoureuse des parties à n'avoir que 2 cas de mort sur 13 opérés. Il attribue ce résultat en premier lieu à la suture de l'intestin, qu'il fait double : la première comprenant toute la paroi intestinale avec une petite portion de la muqueuse, la seconde réunissant très exactement la séreuse (1). En outre, et c'est là un point très important, il résèque l'intestin jusqu'à un point où la circulation est intacte dans l'organe. Un des deux cas de mort cités provient d'une nécrose de l'intestin, qu'on n'avait pas suffisamment réséqué. Il publie ensuite la description d'une opération faite sur un individu de 63 ans (2) pour un cancer de la flexure sigmoide (S iliaque). Après avoir incisé transversalement la paroi abdominale à la hauteur de la crête iliaque antérieure gauche et attiré la tumeur avec quelque peine dans la plaie, il constate que celle-ci a déjà perforé deux anses de l'intestin grêle et adhère sur une large surface au mésentère. Il n'avait pas d'autre alternative que celle de réduire la tumeur et de refermer la plaie, ou bien de procéder à une triple résection de l'intestin. C'est ce qu'il a fait. Il commence par inciser le mésentère en ayant bien soin de ne pas endommager les parties nécessaires à l'irrigation des portions saines de l'intestin, puis résèque les portions malades. Après avoir fait les sutures, l'intestin grêle est réduit dans la cavité abdominale, tandis que le gros intestin est maintenu au dehors, une suture complète de la séreuse n'étant pas possible. Les suites de l'opération ne présentent pas de complications, sauf trois petites fistules qui se forment au point de suture du gros intestin, mais se referment au bout d'un certain temps. Deux mois après le malade peut rentrer chez lui. La tumeur extirpée, de la grosseur d'une tête d'enfant, pèse 500 gr. et a une circonférence de 32 cm. Trois anses intestinales, dont deux appartenant à l'intestin grêle, adhèrent à sa surface. L'une des anses réséquées de l'intestin grêle mesure 19 cm., l'autre 20 cm. de longueur. L'examen microscopique confirme le diagnostic de cancer. En somme, observation superbe.

II. — M. le Dr Kappeler (de Munsterlingen) a fait dernièrement une communication sur les *effets du massage* à la *Société de médecine de Zurich.* La tendance qui se manifeste de plus en plus à traiter par le massage des affections d'origine évidemment infectieuse, l'a amené à instituer une série d'expériences sur des animaux pour étudier quels effets on peut attendre du massage dans ces cas-là. Ces expériences portent exclusivement sur le Staphylococcus pyogenes aureus, dont il a injecté des cultures dans l'articulation tibio-fémorale du lapin. Tandis qu'il est facile de résorber par le massage des particules inorganiques introduites dans une articulation, Kappeler a observé que les Staphylocoques rencontrent dans les voies lymphatiques un obstacle pour ainsi dire insurmontable. Il admet que c'est à l'action inflammatoire de ces micro-organismes, c'est-à-dire à la faculté qu'ils ont de provoquer une émigration abondante de leucocytes, qu'est due cette imperméabilité. Il explique de cette manière pourquoi on ne peut empêcher par le massage la formation d'une arthrite purulente, ni même en modifier le cours.

Dans la discussion qui a suivi, M. Kauffmann a parlé de ses expériences dans le massage d'affections tuberculeuses des articulations. Ce procédé thérapeutique présente selon lui certains dangers. Il cite le cas d'un jeune homme qu'il a massé pendant trois semaines pour des fongosités au genou. Environ deux mois après, on dut procéder à la résection du genou, à l'occasion de laquelle on découvrit une tuberculose miliaire étendue de la musculature de la cuisse, une artérite caséeuse et une phlébite de la fosse poplitée. Six semaines après, méningite tuberculeuse suivie de mort. (Cette communication a été publiée dans le n° 7 des *Fortschritte der Medicin.*)

III. — M. le Dr Schmid relate dans sa thèse inaugurale 22 cas de *typhus traité par la thalline* à la clinique de Berne. Ayant renoncé à la thallinisation à outrance, préconisée à l'origine, on a administré le médicament à petites doses, sans augmenter celles-ci notablement et en faisant abstraction de ce médicament pendant la nuit. Des doses de 0,05 à 0,2 gr. de thalline, administrées toutes les heures, suffisaient d'ordinaire pour provoquer une antipyrèse satisfaisante. Il n'a pu constater une action défavorable sur le cœur et les poumons, ni de cas de collapsus. L'état général du malade est modifié favorablement par la thalline et, à ce point de vue, son action est comparable à celle des bains, avec cette différence que la thallinisation est plus agréable au malade et à ceux qui le soignent. Ce traitement ne raccourcit pas la durée de la maladie d'une manière évidente ; les complications sont à peu près les mêmes que dans les autres modes de traitement, et la mortalité paraît plutôt rester au-dessous de la moyenne.

IV. — M. Mercier publie, dans la *Rev. médic. de la Suisse rom.*, l'observation rare d'un homme de 36 ans qui fut opéré à l'hôpital cantonal de Lausanne pour un sarcome de la langue. Cette tumeur, située sur le dos de la langue à quelques millimètres de sa pointe, a débuté, 8 ans auparavant, par un petit bouton rosé, ayant augmenté insensiblement jusqu'à ce dernier mois, où la croissance prit un cours plus rapide. Elle a la forme d'un champignon, largement pédiculé à sa base, aplati au sommet par la pression contre le palais. Elle pénètre dans la langue à une profondeur d'environ 2,5 cm. Sa consistance ferme permet de la différencier facilement du tissu environnant. A sa surface, la muqueuse présente des papilles hypertrophiées ; la sensibilité générale et spéciale est abolie.

(1) Voir la note de la *Soc. de Chir.*
(2) On voit que l'âge ne fait rien à l'affaire. (M. B.).

Après l'extirpation, on constate que la tumeur, de la grosseur d'une noix, est un sarcome à grandes cellules polymorphes avec de la dégénérescence graisseuse au centre.

V. — Depuis 1847, la Constitution fédérale suisse autorise la Confédération à créer, si le besoin s'en fait sentir, une Université fédérale. Cette fondation porterait un coup fatal aux petites Universités existantes, et depuis des années elles rivalisent de zèle pour le parer. Aujourd'hui, où l'on ressent beaucoup moins le besoin de ce levier puissant de centralisation à outrance, nos autorités paraissent avoir abandonné, du moins momentanément, ce projet, et vouloir le remplacer par des subventions accordées aux Universités cantonales. Une commission nommée à cet effet a proposé de subventionner spécialement l'une des Facultés de chaque Université, ce qui ne fait pas du tout le compte des Universités qui ont surtout besoin d'argent pour les instituts et les laboratoires des Facultés des sciences et de médecine. La discussion publique, qui n'est pas encore close, a surtout porté sur l'*Institut central d'Hygiène*. Quelques médecins, qui ne peuvent se consoler de voir que nos petits instituts et laboratoires ne peuvent rivaliser avec les établissements grandioses de nos voisins, ont profité des marques de bienveillance de nos autorités pour réclamer à grands cris la fondation d'un institut central d'hygiène, sur le modèle de celui de von Pettenkofer, à Munich. Cet institut, avec deux professeurs, deux assistants et tous les accessoires nécessaires, sera installé à Zurich et servira également aux élèves du Polytechnicum. Cette proposition a soulevé de vives objections, dont les principales ont été consignées dans une brochure publiée par M. le Pr Nencky, de Berne. Un institut central ne remplira le but en aucune manière, n'excluant pas la création de petits laboratoires plus modestes pour les besoins des Universités, car il n'est pas admissible qu'on exige de tous les étudiants en médecine suisses qu'ils aillent passer un ou deux semestres à Zurich, exclusivement pour y faire de l'hygiène. En outre, on a besoin d'hygiénistes sur toute l'étendue du territoire et c'est une erreur de vouloir les concentrer en un seul point, dans un superbe laboratoire dont ne profitera qu'une petite partie du pays. L'idée d'enseigner l'hygiène simultanément à des architectes et à des médecins est une erreur qui nuira aussi bien aux uns qu'aux autres. Les médecins ont besoin d'éléments d'architecture pour comprendre les premières notions de l'hygiène du bâtiment ou de l'hygiène scolaire ; et les architectes, de leur côté, ont besoin aussi de notions de médecine pour se rendre compte des causes déterminantes de certaines règles hygiéniques dans la construction des maisons d'habitation et des édifices publics.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments bien distingués. A. JAQUET.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches physiologiques sur quelques anilides ; par le Dr Paul BINET (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1889).

L'auteur a étudié l'action physiologique de trois anilides. Il leur a reconnu des propriétés communes sur le sang ou plutôt sur l'hémoglobine : ces produits transforment, en effet, la matière colorante du sang en méthémoglobine et elles rendent ainsi le liquide sanguin impropre à son fonctionnement. C'est une action semblable à celle que nous avions autrefois signalée, M. Brouardel et moi, à propos de la Kairine et de la Thalline, dont nous avons vivement déconseillé l'usage en thérapeutique. Toutes ces substances sont à rejeter de la médication antithermique ; elles provoquent une asphyxie plus ou moins lente et elles donnent ainsi des résultats tout opposés à ceux qu'on cherche à obtenir.

La formanilide, le méthylformanilide et la méthylacétanilide resteront, espérons-le, dans le laboratoire et ne passeront pas dans la thérapeutique. M. Binet en a démontré les dangers avec un luxe d'expériences faites pour entraîner la conviction. Peut-être eût-il bien fait, pour compléter ses recherches, d'examiner la capacité respiratoire du sang des animaux expérimentés : il aurait vu sans doute que ce liquide ne pouvait plus fixer que de minimes quantités d'oxygène. Je signale, en terminant, l'action dépressive des deux premières de ces anilides comparée à l'action convulsive de la troisième. Paul LOYE.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Du Restraint et du Non-Restraint en Angleterre (*Suite*) (1) ;

par le Dr **René SEMELAIGNE**.

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint des maladies mentales.

A l'époque même où Pinel commençait en France sa réforme immortelle, les principes d'humanité étaient prêchés en Angleterre par William Tuke, le chef d'une dynastie d'hommes dévoués à l'amélioration du sort des aliénés et dont l'arrière petit-fils, le Dr Hack Tuke, porte dignement le nom illustre. Parmi les asiles les plus mal tenus de la Grande-Bretagne, parmi ceux où les malheureux séquestrés étaient soumis aux traitements les plus barbares, on citait l'asile de la ville d'York, fondé en 1777. En 1791 y fut placée une malade appartenant à la Société des Amis ; sa famille résidant assez loin d'York, les membres de la Société demandèrent l'autorisation d'aller la visiter de temps en temps ; cette autorisation fut refusée, et bientôt la malade mourut, d'une façon qui ne laissa pas que d'inspirer des soupçons. Un des membres de la Société, William Tuke, songea alors à l'érection d'un asile où les aliénés seraient traités suivant les lois de l'humanité. Une visite à l'hôpital Saint-Luke, où il vit des malades étendus sur la paille et enchaînés, le fortifia dans son dessein. Telle est l'origine de la Retraite d'York. Cet établissement fut résolu en avril 1792 et des fonds réunis pour son érection.

La pierre de fondation porte l'inscription suivante :

HOC FECIT
AMICORUM CARITAS IN HUMANITATIS
ARGUMENTUM
Anno Dñi M. D. C. C. XCII.

Le traitement moral y fut considéré comme de la plus haute importance et prit désormais le pas sur la brutalité. Pour les directeurs de la Retraite, l'abus de la force physique était chose inutile, et tous leurs efforts s'appliquèrent à distraire l'esprit des malades, à les traiter autant que possible comme des êtres raisonnables, à gagner leur confiance et à faire jaillir ce qui restait de leur intelligence. La bienveillance échouait-elle absolument, on avait alors recours, bien qu'à regret, à des moyens de restraint appliqués avec douceur ; souvent, au lieu de camisole, on faisait usage d'une ceinture mollement rembourrée, à laquelle étaient fixés les bras. La coercition était regardée comme un mal pouvant retarder la guérison, mais un mal parfois nécessaire. En 1813, Samuel Tuke publia la *Description de la Retraite d'York*. « Le grand principe de l'établissement, dit-il, est la douceur envers les malades. De ce qu'un homme déraisonne sur certains points, il n'en résulte pas qu'il doive être considéré comme plongé dans un état complet de dégradation intellectuelle, ou comme inaccessible aux sentiments de bienveillance et de gratitude. Quand un aliéné ne fait pas ce qu'on lui commande, il est certes très facile de le terrasser et d'avoir recours aux liens et aux chaînes. Mais la Société des Amis consulte plutôt l'intérêt du malade que les aises du gardien, et son but est de diriger l'aliéné en éveillant chez lui des sentiments de reconnaissance envers ceux qui le gouvernent.... Aux effets de la douceur s'ajoutent ceux d'une occupation continue. Les femmes sont employées autant que possible à la couture, au tricot, aux travaux domestiques, et quelques convalescentes aident les gardiennes. Pour les hommes, on choisit les travaux physiques qui peuvent leur être le plus agréables et, en même temps, les plus éloignés des illusions de leur maladie.... C'est là un exemple de courage, de patience et de bonté qui ne peut

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 20, p. 402.

être trop loué ou trop largement répandu et qui, nous en sommes convaincus, doit propager peu à peu une méthode plus douce et meilleure de traitement des aliénés. »

Samuel Tuke prit une part active à la direction de la Retraite pendant plus de quarante ans, dévoila les abus de l'asile d'York et contribua puissamment par ses écrits au mouvement en faveur des aliénés. En 1811, visitant un « *work-house* » dans le sud de l'Angleterre, il trouva, dans un petit préau situé à peu de distance du bâtiment principal, quatre cellules à peine assez larges pour contenir une personne ; au fond de chacune, une planche fixée au mur et servant de lit. Dans deux de ces cellules, tout ce qui pouvait pénétrer d'air et de lumière passait par un grillage en fer placé dans la porte, en sorte que l'on ne pouvait empêcher l'entrée de l'air froid qu'en obscurcissant complètement la pièce. Dans chaque cellule une femme était enfermée. « Je ne puis, dit Samuel Tuke, peindre mes sensations et mon étonnement, quand je vis que ces malheureuses étaient absolument nues. Le temps était extrêmement froid et la nuit précédente le thermomètre avait marqué seize degrés au-dessous de la glace. Far. 8,88 c.) L'une de ces infortunées créatures gisait sous un peu de paille, sans couverture d'aucune sorte pour la défendre du froid. » Une autre avait la jambe enchaînée à sa planche. Toutes se plaignaient amèrement de la température.

Et pourtant un Comité avait été nommé cinq ans auparavant (1806) pour s'informer de l'état des aliénés en Angleterre. Sir George Paul, qui prit une part active aux travaux de ce Comité, constatait, dans une lettre au secrétaire d'Etat, qu'il n'y avait guère de paroisse étendue où l'on ne trouvât un malheureux être humain, lequel, si les mauvais traitements l'avaient rendu furieux, était enchaîné dans la cave ou le grenier du *work-house*, attaché au pied d'une table, fixé à un poteau dans les communs, ou bien encore enfermé dans quelque ruine inhabitée ; sa folie était-elle inoffensive, on le laissait errer à demi-nu et à moitié mort de faim, par les rues et les grandes routes, en butte aux huées de la populace et objet de raillerie de la part d'êtres vulgaires, ignorants et grossiers.

Le 28 avril 1815, M. Rose, portant devant le Parlement la question des maisons particulières d'aliénés, cita le cas d'une jeune femme parfaitement inoffensive, bien que son état réclamât quelque restraint ; elle fut trouvée étendue sur le sol, pieds et poings liés. Il était donc nécessaire d'instituer un Comité, chargé d'inspecter les asiles et de proposer un règlement meilleur. Le Comité fut formé et l'asile d'York inspecté le premier. Des actes barbares étaient commis dans cet établissement depuis sa fondation : ils furent dévoilés par treize hommes courageux (parmi lesquels MM. Higgins et Tuke qui, résolus à faire à tout prix la lumière, s'instituèrent gouverneurs de l'asile en payant chacun la somme requise de vingt livres. Un jour, M. Godfrey Higgins, après avoir visité les chambres des malades, se rend à la cuisine et aperçoit une porte dissimulée. Il donne l'ordre de l'ouvrir, ce qui n'est fait qu'avec une certaine hésitation ; apparaissent alors quatre cellules qu'on lui avait cachées jusque-là. La première était de huit pieds et demi carrés, absolument sombre une fois la porte fermée, et d'une puanteur presque intolérable. Ces cellules étaient occupées la nuit par treize femmes, pour le moment en haut. Etant monté auprès d'elles, M. Higgins les trouve dans une pièce longue de douze pieds sur sept pieds et demi de large, avec une fenêtre qui, ne s'ouvrant pas, ne peut permettre la ventilation.

On constata qu'à l'asile d'York, sur 365 décès, 221 seulement étaient signalés ; qu'un malade étant mort son corps avait été enlevé précipitamment pour éviter une enquête ; enfin de nombreuses irrégularités étaient journellement commises dans la comptabilité au profit du superintendant.

L'état de l'hôpital de Bethlem n'était pas plus satisfaisant. Dans une des galeries des femmes, les membres du Comité trouvèrent environ dix malades, le pied et la jambe fixés au mur par une chaîne, leur unique vêtement consistait en une sorte de couverture flottante ; ni bas ni chaussures. Beaucoup de femmes étaient enfermées dans les cellules, liées et sans vêtements. Dans l'aile des hommes, une pièce contenait six malades maintenus au mur par une chaîne ; cinq portaient des menottes, et l'un d'eux avait le bras et la jambe droite fixés à la muraille ; pour tout vêtement, ils n'avaient qu'une couverture, et la pièce présentait l'aspect d'un chenil. Dans une cellule se trouvait un malade du nom de Norris, homme jadis vigoureux et violent. Son gardien l'avait attaché avec une longue chaîne qu'il avait fait passer à travers le mur, de façon à la manier de la chambre voisine, et diriger l'aliéné suivant son bon plaisir, tout en restant hors d'atteinte. Le malheureux ayant enveloppé sa chaîne de paille, le gardien lui mit autour du cou un solide cercle de fer, dont partait une courte chaîne passant dans un anneau fixé à une grosse barre de fer de plus de six pieds de hauteur et rivée au mur ; la chaîne pouvait glisser verticalement dans cet anneau ; autour du corps était fixée une solide barre de fer d'environ deux pouces de large ; de chaque côté de cette barre était une saillie d'où partaient des liens qui, entourant les bras, les maintenaient contre les côtés du corps. Le malade pouvait bien se soulever et s'appuyer contre le mur, mais il ne pouvait en écarter le pied, ni faire un pas, ni même s'étendre à terre ; il vécut ainsi douze ans, et, retiré de son cachot, ne jouit qu'un an de sa délivrance.

Mais Bethlem et York n'étaient pas les seuls établissements où les malades étaient traités comme des bêtes fauves. A Bethnal Green, ils étaient frappés à coups de pied et de poing. Plusieurs femmes furent trouvées enchaînées sur leurs lits, nues, avec une mauvaise couverture de bure. L'une d'elles, à ses moments d'excitation, était enfermée au fond de la cour, dans une ancienne niche à cochons, exhaussée à son intention. Elle y restait souvent plusieurs semaines ; parfois on la fixait dans une crèche, pieds et poings liés, avec une chaîne passée deux ou trois fois autour du corps. Lorsqu'elle marchait, une barre de fer était placée entre les jambes pour prévenir la fuite ; cette barre était rivée à chaque cheville, et une chaîne montant entre les jambes la réunissait aux menottes. De plus, sur l'ordre du propriétaire de l'établissement, un gardien l'attachait de temps en temps dans une crèche et la fouettait. « J'ai vu, dit un témoin, le sang jaillir sous les coups. »

Dans un asile privé visité par le Comité, sur quatorze malades, un seul ne portait ni entraves, ni menottes, et tous, hormis trois, étaient maintenus dans leurs chambres.

Le rapport du Comité fut présenté par M. Rose, le 11 juillet 1815. Un Bill proposé à la suite de ce rapport est adopté par les Communes et rejeté par les Lords.

Le 13 juin 1827, M. R. Gordon attire l'attention de la Chambre des Communes sur la condition des aliénés pauvres dans le comté de Middlessex, signalant surtout l'état effrayant de misère dans les paroisses de Marylebone et St-Georges, à Londres. L'année suivante, revenant sur le même sujet, il signale le *White House*, à Bethnal Green, où les malades croupissent dans des crèches toute la journée du dimanche ; le lundi matin, ils sont traînés dans la cour et plongés brusquement dans l'eau froide, même par les temps de gelée. Et pourtant les investigations du Comité prouvent que cet établissement, tout mauvais qu'il est, est encore bon, si on le compare à quelques autres. Dans une maison située à moins de cinq mille de Londres, on a trouvé deux malades dans les communs, et trois autres attachés par les bras, les poignets et les jambes ; ils étaient meurtris et couverts de haillons. M. R. Gordon croit donc nécessaire la présentation d'un *Bill* pour « affermir et amender les divers *Acts* sur les asiles de comté, et améliorer le traitement des aliénés pauvres. » Le *Bill* fut adopté aux Communes et porté à la Chambre Haute par Lord Maltmesbury : le pouvoir pour inspecter les établissements était transféré du Collège des Médecins à quinze Commissaires métropolitains nommés par le secrétaire de l'intérieur. Cet *Act* fut adopté le 15 juillet 1828.

Mais, pendant que les membres du Parlement cherchaient à prévenir, par des lois, les faits effrayants dont les asiles étaient le théâtre, des médecins courageux se

mettaient résolument à l'œuvre et, s'attaquant aux abus, appliquaient les principes de douceur préconisés par Pinel et William Tuke. C'est à Lincoln et à Hanwell que sont imposés d'abord les principes du non-restraint. L'asile de Lincoln fut ouvert en 1821 ; le Dr Charlesworth était le médecin visitant. Dès son arrivée, il cherche à adoucir le sort des malades, et, en 1828, établit que le gilet de force ne sera appliqué que sur l'ordre écrit du médecin ; la même année, il demande aux médecins de l'asile de rechercher les moyens d'améliorer les procédés de restraint alors en usage, les moyens surtout de se passer du gilet de force. En avril 1829, dans le cinquième rapport de l'asile de Lincoln, nous trouvons les phrases suivantes : « Les docteurs ont spécialement dirigé leur attention vers les modes de coercition et de restraint, persuadés que les conséquences en sont néfastes pour les malades. . . . . . Ayant examiné les instruments en usage, ils ont détruit tous ceux qui pouvaient provoquer une forte irritation, et espèrent amener de plus en plus une amélioration à ce point de vue. » (*A suivre*).

VARIA

LA MÉDECINE AUX SALONS.

I. — *Les Champs-Élysées.*

« *La Science domine tout.* »
(Dernières paroles de M. X...).
Tableau de CHESBRON, 1890.

La Médecine continue à faire parler d'elle dans le monde des Salons. Aux Champs-Elysées, chaque printemps, les sujets d'ordre scientifique, et surtout neuro-pathologique et chirurgical, ont eu, de tout temps, malgré leur faible valeur, leur petit succès. Cette année, malgré le triomphe colossal du Salon du Champ-de-Mars, l'engouement est le même. Mettons-nous donc courageusement à l'ouvrage. Cette fois le travail sera double, car, avec le temps, la concurrence est venue, au coin du quai ; et, là-bas, au Champ-de-Mars, a grandi un fils bien imprévu d'un Musée envolé (1).

Pour nous, pauvres savants, qui ne demandons malheureusement à l'artiste que de bien rendre ce qu'il a pu voir dans notre milieu si spécial, en soulevant un coin de ce rideau de fer qui barre la route aux Philistins et sépare notre scène du parterre, notre excursion dans ce lointain Paris sera moins fructueuse qu'aux environs de la Concorde. Que voulez-vous ? Les anciens, les pontifes, sont pour les vieux principes et les inventions modernes ne les tentent guère. L'Impressionnisme se venge aux Champs-Elysées. Bravons avec lui la tempête et galopons en croupe sur son vaillant coursier.

I. — *Section de Peinture.*

Au Palais de l'Industrie, en entrant, dans le grand salon carré, on verra une toile d'une certaine valeur et d'un certain intérêt, car elle représente une scène de la vie ophtalmologique en province. Jusqu'à présent, nous n'avions pu inspirer que des peintres parisiens, à l'avant-garde de la nouveauté. Cette fois, la toile vient de Bordeaux, et M. Gintrac-Jouasset nous envoie, en effigie, M. le Pr *Badal*, sous prétexte de nous montrer la *Clinique des maladies des yeux de la Faculté de Bordeaux*. Oh ! il y a bien là un certain nombre de personnages : à côté du maître, les armes à la main, son assistant ; au fond, à gauche, un médecin militaire, accompagné de l'éternelle sœur. Il y a [illegible] devant lui couchée sur la table d'opérations, une pauvre femme prête à se faire « arracher les yeux », comme dit le passant, il y a bien à côté une malade pansée, des vieillards infirmes. Oui, certes ; mais tout cela ne nous donne pas une clinique. Et puis, à Bordeaux, on doit y voir plus clair que cela ! Il nous semblait aussi qu'il y avait plus de vie, quand nous y sommes passé, dans cette clinique désormais célèbre !

Dans la salle suivante (nº 14), scène typique, très digne d'un homme du monde, mais importante aussi. C'est la première fois qu'on lègue ainsi à la postérité ce fait-divers le [illegible] qu'on consacre une habitude néfaste et l'exercice illégal de la médecine, par une toile qui peut se défendre. Un accident survient sur la voie publique. Vite *Chez le pharmacien*, pense M. Simon, comme le premier sergent de ville venu, et vlan ! Voilà un tableau à sensation. Le fait est qu'on le contemple avec une certaine commisération : c'est sans doute la présence d'un blessé qui l'exige. De médecin, point ; la foule, un peu trop bleuie, s'arrête, hypnotisée, au seuil de l'officine. Le classique gardien de la paix manque ; miracle ! Il court peut-être après le médecin ! Pendant ce temps, un jeune homme blond, assez gentil, recherche du bout du pouce, sur son malade au torse nu... Quoi ? Devinez ? Une fracture de côte, sans doute? Plaignons-le : car un juge grincheux pourrait le découvrir et le condamner, pour faire toute autre chose que son métier. Un de ses aides se précipite, un bocal à la main. Nous serions très heureux, d'autre part, de savoir quelle officine notre artiste a prise pour modèle ; en tous cas, nous recommandons son parquet, en ardoisières d'Angers. C'est une innovation qui a peut-être sa raison d'être.

Devinette classique : Etant donné le tableau de Simon, cherchez le médecin ? Vous trouverez, sans peine, à quelques pas, *M. le Dr Landouzy*, par J. Aviat. Il est fort reconnaissable, en robe chamarrée.

Salle 16, un simple souvenir : *Le Malade imaginaire*, de Vibert, assisté probablement de son médecin. En tous cas, le plus malade en l'affaire, ce serait certainement ce dernier. Admirable saynète où l'artiste s'est mis lui-même en scène.

Continuant notre visite, avant d'arriver au clou de notre Exposition, nous côtoyons quelques paysages (salle 18) qui méritent une mention, car n'oublions pas que nos malades aiment le Midi et les Eaux. A citer le *Pradon* et *Craqueiranne* (1), *environs d'Hyères* (Var), de P. Bertrand ; le Pradon est une très jolie vue de falaise provençale que nous prendrions volontiers en échange des *Environs de Pougues-les-Eaux*, de E. Berthelon, simple effet de nuages et de soleil.

Salle 20, attention ! De E. Bisson, une grande composition m. a. j. e. s. t. u. e. u. s. e. : *Après l'opération* ! Gervex, l'artiste chéri des parisiennes, avait fait Péan et la ligature des vaisseaux. Bisson, le peintre des mondaines, voulut être lui aussi sérieux : il peignit Guyon et la lithotritie. Plus déshérité que son collègue, il n'a pu choisir son malade. Il est bien malheureux que cette opération se fasse si rarement chez la femme. Pour les critiques de profession, nos maîtres, ce tableau, si chirurgical !, est bien peint. Soit, mais je crains la chromo et j'attends encore l'art. M. le Pr Guyon vient d'opérer M. Osiris, c'est-à-dire de lui faire la lithotritie. Debout, comme il convient à un chirurgien absolument schématisé, mais très ressemblant, il montre à ceux qui l'entourent avec quelle facilité il a réduit en cendres le caillou de M. Osiris, cause de tous les méfaits. M. Segond, qui vient probablement d'anesthésier le malade (signe diagnostique : la pince qui fait hernie au niveau de la poche de sa redingote), est à ses côtés ; malheureusement il n'a pas été assez poussé, pour les besoins de l'ensemble probablement, et n'est pas là ce qu'il devrait être. Au premier plan, M. le Pr Potain, assis, observant le pouls, superbe, magnifique, si beau qu'on a un peu de peine à s'y reconnaître. Sur un lit bien blanc, le généreux malade qui offre le tableau à l'hôpital Necker. Il est un peu gai, ce nous semble, le patient qui doit toujours être sous l'influence du chloroforme, puisqu'on lui tâte encore le pouls. L'artiste a oublié qu'au sortir du chloroforme classique, on n'a point pareille mine. L'effet d'instruments n'est pas mal réussi. Une chose nous choque. On va placer ce tableau dans la clinique des voies urinaires à Necker. On aura tort. Les socialistes crieront, le briseront peut-être. Etre si riche et aller à l'hôpital, même en effigie ! Cette œuvre, désormais classique, aurait été mieux placée, pensons-nous, aux Frères Saint-Jean-de-Dieu.

De M. Deutsch (salle 31) *El Azhar, l'Université arabe du Caire*, autrement dit la nouvelle Sorbonne de ce pays enchanteur. Petit tableau très étudié. C'est bien là la masse tranquille des Arabes aux figures béates, assis ou couchés, sans armes et sans idées, dans cette cour ensoleillée. On est ébloui en fixant un instant cette toile. Une lumière éclatante se dégage des turbans qui recouvrent ces visages immobiles. Dans ce palais, qui vous semble être en carton, qui simule un décor d'opéra-

(1) *La Médecine au Palais des Beaux-Arts.* — *Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889.* Bureaux du *Progrès médical.*

(1) Il y a ailleurs un autre *Craqueiranne*, de Gaidan.

comique, tellement il est exact, on se sent en Afrique, au pays du soleil et du ciel bleu. Quels élèves paresseux devient avoir les vieux et célèbres médecins arabes, nos ancêtres vénérés !

Tous les ans ou à peu près, il faut une *Vaccination*; celle-ci est *gratuite et d'origine animale*. Elle se passe au Quartier, à la mairie du Panthéon, et nous vient de chez M. Seilbert. Elle n'est pas plus mauvaise qu'une autre, quoique le fond du décor soit d'un jaune un peu renversant. Mais l'opérateur a une pose naturelle. Il y a une chaîne établie entre le bras de l'enfant et le ventre du veau ; elle est constituée par un employé de la mairie (je suppose) qui tient l'animal avec le secours de plusieurs personnes, par un aide qui puise le vaccin et par un autre aide qui le transporte au bout de longues lancettes ! Ajoutez-y mamans et marmots et tout y sera. Vous souvient-il de la Vaccination de Dagnan-Bouveret ?

Voici, salle 27, un berceau où repose un gros bébé rose. Un confrère, le crâne dénudé, la barbe abondante, fait ouvrir la bouche à ce pauvre enfant : *C'est le croup !* s'écrie M. Bertin, oubliant que le médecin ne voit que l'angine diphtérique ou plutôt ne voit rien du tout, à la façon dont il procède. Il n'est pourtant pas mal, le médecin. Mais, voyons, puisque c'est le croup ! faites-nous donc une mère effrayée. Elle n'est même pas pétrifiée sur sa chaise ! Votre fils a-t-il eu le croup, Monsieur ? Non, n'est-ce pas ? Il y avait là une scène à faire, dirait le Sarcey de la critique d'art. Les paris restent ouverts.

L'*Alchimiste* de M. Lomont (nº 23), est à voir.

L'*Hospice des Ursulines à Bruxelles*, de Collin, n'est pas bien méchant ; réunion de vieilles femmes qui ont très bonne mine. M. Gaudefroy nous conduit, salle 23, chez l'*Empailleur*. Ce serait un coin de Muséum d'histoire naturelle intéressant à visiter, si l'artiste n'avait eu peur d'user ses pinceaux. Mauvaise étude d'os et de chairs meurtries et traînées dans la fange. A voir aussi les toiles de MM. Ferrario et M. Anderson.

La classique scène de la consultation nous revient cette fois sous le titre de l'*Hérédité*. M. Lefebvre-Lourdet (où es-tu Dantan ?) a pourtant peint là un solide praticien qui vaut la peine d'être regardé ; la fillette auscultée est bien venue ; les accessoires sont moins bons ; mais notre confrère a oublié la serviette. Il n'est pas convenable, qu'on y songe, de coller ainsi son oreille sur la peau ; il est vrai qu'il s'agit d'un vieux médecin et d'une pauvrette de 10 ans. La mère n'attend pas avec assez d'anxiété le verdict du juge. Trop de violet.

Salle 9, nous voilà à la Faculté de médecine, côté des sciences chimiques. M. Laurent Gsell, à qui nous devons déjà la *Vaccine de la rage*, a reproduit une leçon de manipulations chimiques à la Faculté de médecine (Pavillon du Dr de Thierry). Pas brillant, à notre avis. Effet manqué d'étudiantes en médecine. Tout ça a un peu l'air en bois. Le préparateur, seul, à la blonde chevelure, ressort comme il convient. Dans le fond, au milieu de la brume, un horrible mélange de blouses, de chapeaux de soie et de cornues. Il y a un peu plus de vie Monsieur l'artiste, rue de l'Ecole-de-Médecine ; ne l'oubliez pas. Salle 9, le *Médecin*, de Marie. Plus loin, l'*Etudiante*, de M. Jean.

Quelques *portraits* : de M. Dessur (salle 25) M. le Dr G. Marchand, entouré de trop de fioles pour un chirurgien, d'ordinaire plus gai. Non loin, salle 15, l'immense Jablochkoff, à la barbe puissante, à l'incommensurable redingote, du à M. Jardon. Le défenseur de l'éclairage électrique est isolé dans un petit laboratoire, au milieu d'electro-aimants. Salle 31, M. le Dr De Courtys, par Mlle Conty, toile présentable ; et M. le Dr Daniel Parenteau, par Schultz. Salle 25 M. le Pr Jamin (de la Sorbonne) par Edmond Dupain, à qui l'on doit déjà l'amiral Mouchez. Salle 3, M. le Dr Foveau de Courmelles, publiciste connu, par Mathey. Salle 24 M. le Dr Thibaut de [illegible], par Winter ; non loin, M. le Dr P. F.... de [illegible].

Pour la fin, encore un gros morceau à [illegible], salle [illegible]. *Les Fascinés de la Charité* de Moreau, de Tours, le peintre spécialiste pour folles et convulsionnaires. Le catalogue dit : « Groupe représentant plusieurs sujets des deux sexes soumis à l'action du miroir en rotation analogue au miroir à alouettes. Moyen d'obtenir, d'une façon rapide et [illegible], un état spécial du système nerveux ! » En avant la musique ! Tableau sérieux, très étudié pour les sujets en expérience du moins, car M. Luys, son fils et ses élèves n'ont été, à droite, que très légèrement estompés. On y verra une femme enceinte les yeux hagards, un homme la bouche ouverte, une jeune fille les bras en l'air, une femme déshabillée, le fameux miroir à alouettes (toutes les alouettes de la salle s'y laissent prendre, au moins quelques instants !) ; puis, dans le lointain, la porte de la salle Saint-Louis, à la Charité, une affiche du cours et une énorme coupe du cerveau. Il est bien regrettable que ce même miroir, qui pourtant semble tourner, et devant lequel passent tant d'hypnotisables, ne fasse pas tomber en catalepsie, dans la salle 5, quelques dames sensibles : on aurait un tableau vivant. Quant aux hommes, ils paraissent s'endormir plutôt en contemplant les charmes, placés non loin de là, de la *Suzanne* de A. Brouillet, le brillant peintre de l'hystérie à la Salpêtrière.

Glissons sur tout le reste, car nous pourrions dormir aussi ; et, pour terminer, saluons, salle 14 : de Madame Laure Brouardel, de la Faculté de médecine, une très gentille symphonie en gris, qui est un excellent et élégant portrait de jeune demoiselle.

II.— *Dessins, Aquarelles, Pastels ; Architecture, Gravure*, etc.

A voir aux dessins, aquarelles, etc., le portrait de Ricord, par Bellanger ; celui de M. le Dr A..., par Breddberg ; une miniature de Mlle Leisse représentant M. le Dr Nachtigall ; une aquarelle donnant la route de Saint-Bonnet, à Chatel-Guyon, source connue. — A la section d'Architecture, ceux qui aiment à mêler l'utile à l'agréable jetteront un coup d'œil sur le projet d'un *groupe scolaire* de M. Chaussé (rez-de-chaussée et premier étage) ; sur ceux de M. Forget et de M. Leroux (*Ecole de garçons*). Il y a aussi un *Asile de nuit* de M. Fournier ; une *étude d'Hôpital* de M. Moreau ; un *projet d'établissement de bains pour Epinal*, de M. Mougenot. Ils y trouveront encore le plan du *Monument* à ériger à Angers en l'honneur de notre *Chevreul*, par Davi, d'Angers. — Dans la Gravure, nous n'avons à citer qu'un *jeune étudiant espagnol*, gravure sur bois de Villemsens. A mentionner enfin un certain nombre de sujets ayant trait à la partie anthropologique de l'Exposition de 1889, aussi bien dans la section de peinture que dans les autres.

III. — *Section de Sculpture.*

On verra avec plaisir, dans le jardin du Palais de l'Industrie, les sculptures de Me Aguirre de Vassillios, M. le Dr Rawson, statuette en plâtre ; de M. Allar, l'*Université*, figure en marbre ; de M. Allouard, un joli buste en bronze de M. le Pr Chauveau ; de M. Paul Breton, un buste en plâtre de M. le Dr X... ; de M. Carion, M. le Dr Bécavin, en plâtre ; de M. Vital Cornu, un sculpteur très sérieux et d'une valeur reconnue, un groupe intitulé : *Pro Scientia, Pro Patria* ; de M. Costa. (M. le Dr Z...) ; de M. P. Dubois, un beau buste en bronze de M. Pasteur ; de M. Crauk, M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris ; de M. Decorchemont le buste d'un homme d'une belle et vaillante originalité, connu de tous les médecins, M. le Dr Auzoux ; de M. Desprez, (M. le Dr E. P., plâtre) ; de M. Devaux, le buste en plâtre de M. le Dr Fauvel, modèle du bronze qui sera placé sur le monument érigé à Pavilly (S.-I.) ; de M. Houlbréard, un beau buste en plâtre de Ricord pour son tombeau du Père-Lachaise ; de M. Founedoire (M. le Dr Daverne), terre cuite ; de M. Gat (M. le Dr Desplantes) ; de M. Gaubert (M. le Dr Soula) ; de M. Guilhemo (M. le Dr Gordon-Martins) de M. Lebasnier (M. le Dr Z...) ; de M. Macé (M. le Dr Guinard) ; de M. Mac-Noël (M. le Dr E...) ; de Me Maillet, M. le Dr Maillet, l'ancien médecin militaire d'Afrique ; de M. Mariotoni (M. le Dr L. Marc) ; de Me Michel (M. le Dr H...) ; de M. Mitchell, un *[illegible]* ; de M. Moreau (M. le Dr C...) ; de M. [illegible], un médaillon en plâtre de M. le Dr Foucher, destiné au monument élevé à Saint-Mandé ; de M. [illegible], une intéressante scène de [illegible] pour le Muséum d'histoire naturelle de [illegible] ; de M. [illegible] Abadie (M. le Dr [illegible]).

[illegible] que sur l'œuvre de [illegible] des hôpitaux [illegible] de la Salpêtrière, [illegible] ; cette fois, M. le Dr P. [illegible], dans sa sculpture, à une idée scientifique ; il a voulu faire revivre l'homme préhistorique. Son [illegible] est aussi vrai

qu'un sujet de l'École pratique, et, cette pierre parfaite, on le sent, est vivifiée par un souffle artistique de première grandeur. La pose de cet ouvrier des premiers temps est superbe. Il y a longtemps, croyons-nous, qu'on n'a vu, dans notre profession, pareille alliance d'artiste et de savant. Sans insister sur l'autre buste en plâtre qu'il expose, apprenons par surcroît, à nos lecteurs, que son magnifique *Traité d'anatomie artistique* vient de paraître, œuvre magistrale qui lui assure à jamais un grand nom dans l'histoire de l'anatomie appliquée aux beaux-arts. Z....

Fêtes Universitaires de Montpellier.

Les grandes fêtes Universitaires de Montpellier battent leur plein depuis jeudi dernier. Nous devons rappeler ici qu'il ne s'agit pas simplement de fêter le centenaire d'une Université, mais avant tout d'essayer de faire revivre, pour commencer l'organisation définitive des grandes Universités régionales, la vieille École du Midi de la France. Aussi tiendrons-nous nos lecteurs au courant de ce qui se passera là-bas et publierons-nous dans notre prochain numéro un article de notre rédacteur en chef qui s'est rendu à Montpellier dans le but d'étudier tout ce qui concerne la Faculté de médecine. Rappelons seulement aujourd'hui qu'un intéressant travail vient d'être publié par M. Liard dans la *Revue des Deux-Mondes* sur l'autonomie des Universités provinciales. D'ailleurs tous les journaux politiques qui s'intéressent aux questions de haute culture scientifique défendent ces jours-ci la thèse que nous avons esquissée dans un de nos précédents numéros. L'article de M. Liard doit être lu, car, en ce qui concerne l'enseignement de la médecine, l'auteur met courageusement le doigt sur la plaie saignante — et non aseptique — de notre organisation, plaie qui ne pourra guérir qu'après un curettage soigné, et qui est la bête noire de tous ceux qui ont à cœur le bon renom de la science française. M. B.

Quarantaines.

Nous extrayons de la *Proclamation annuelle de Quarantaine* (Département exécutif de l'Etat de la Louisiane) les passages ci-après :

« Tous navires avec leurs chargements, équipages, passagers et bagages arrivant à la *station de quarantaine de Mississipi*, et venant de ports américains intertropicaux ou des Antilles, seront soumis à une complète désinfection maritime, d'après les règlements suivants : 1re classe, navires arrivant de ports non infectés ; — 2e classe, navires provenant de ports supposés infectés ; — 3e classe, navires provenant de ports que l'on sait infectés ; — 4e classe, navires qui, de quelque port qu'ils viennent, sont infectés ; c'est-à-dire navires qui ont à leur bord la fièvre jaune, choléra ou quelque autre maladie infectieuse ou contagieuse, au moment de leur arrivée, ou ont eu ces maladies à leur bord pendant la traversée.

Les navires de la 1re classe seront soumis à la désinfection maritime nécessaire à la station quarantenaire du Mississipi, sans autre détention du navire ou du personnel autre que celle nécessaire pour placer ces navires dans une parfaite condition sanitaire.

Les navires de la 2e et de la 3e classe seront soumis, comme ceux de la 1re classe, à la sanitation maritime, avec détention de précaution de *cinq* (5) *jours pleins*, à partir de l'heure de leur arrivée à la Quarantaine.

Les navires de la 4e classe seront envoyés à la station quarantenaire inférieure, pour y être soumis à la désinfection et y être détenus, navires et personnel, le nombre de jours que fixera le Bureau de Santé.

Les navires arrivant de ports infectés de choléra ou de petite vérole, ou qui plus tard peuvent devenir infectés, seront soumis à la sanitation maritime et à la détention que la Bureau de Santé indiquera.

Les navires venant des ports ci-dessus mentionnés, appartenant à la 2e, 3e ou 4e classe..... ne pourront pas passer les Rigolets, les stations de quarantaine de l'Atchafalaya ou celles du lac Charles, ou toute autre station quarantenaire de l'État qui pourra être établie plus tard, sans avoir subi une période de détention de QUARANTE (40) JOURS, ainsi qu'une complète désinfection ... (*L'Abeille*, Nouvelle-Orléans, 30 avril 1890).

Ce document officiel, communiqué par M. A. Proust au Comité consultatif d'Hygiène, montre que certains états de l'Amérique, dont les représentants dans les conférences trouvent nos mesures quarantenaires exagérées, n'hésitent pas, pour se préserver des maladies épidémiques, d'établir des quarantaines d'une durée vraiment exagérée.

La dissection à Paris.

La récente décision du Conseil municipal de Paris, de brûler gratuitement les corps des malades non réclamés par leurs parents ou amis, a eu pour effet de diminuer le matériel considérable de dissection qui était jadis un des avantages les moins contestables des études médicales, dans la capitale de la France. Une telle décision est une source d'étonnement, eu égard à la grande proportion de médecins qui font partie du Conseil municipal ; mais, ces messieurs, de même que leurs collègues praticiens, sont plus touchés par les raisons politiques que par les raisons scientifiques, et un moyen qui doit leur gagner le cœur des habitants des quartiers ouvriers et attirer leurs votes est sûr d'avoir leurs voix. *La remarque satyrique de Billroth, qui prétendait que la chirurgie française suivait d'un pas boîteux les progrès de la chirurgie anglaise et allemande*, semble devenir plus vraie qu'elle ne l'était peut-être avant. Pas de sujets, pas de chirurgiens. (Ext. du *Medical Press*, 14 mai 1890) — On voit que les étrangers nous traitent bien. Ils exagèrent peut-être un peu ; ce n'est pas, qu'ils se rassurent, parce que nous manquons de cadavres que nous manquons de chirurgiens.

La Loi sur l'Exercice de la Médecine et de l'Odontologie, d'après l'Association Générale des Dentistes de France.

Une commission nommée par le Conseil de direction de l'*Association générale des Dentistes de France* a examiné les différents projets de loi en présence, sur l'exercice de la médecine, et leurs conséquences pour l'avenir professionnel. Le résultat de ses délibérations a été soumis à deux assemblées générales convoquées à cet effet. Après discussion et amendement l'Assemblée générale du 4 mars 1890 a adopté la résolution suivante :

Les membres de l'Association générale des Dentistes de France et les Dentistes patentés soussignés approuvent la délibération suivante, prise par l'Assemblée générale de la dite Association, dans sa séance du 4 mars 1890, et la recommandent à l'attention bienveillante du Gouvernement et des membres de la Chambre des Députés et du Sénat, comme l'expression des vœux des Dentistes sur la question de la réglementation de l'exercice de l'art dentaire. 1° Considérant que la liberté d'exercice de la profession de dentiste existe en France depuis cent ans, et que cela même prouve que cette liberté n'entraîne pas de graves abus et ne crée pas un péril sérieux pour la santé publique, ils demandent aux Chambres le maintien du *statu quo*. Ils rappellent qu'ils ont opéré eux-mêmes la réforme professionnelle et que sous le régime de la liberté ils se sont associés pour fonder et faire vivre, depuis dix ans, des Sociétés et des Écoles dentaires ; que ces institutions ont permis aux Dentistes français de se placer dans des conditions de développement aussi favorables que leurs concurrents étrangers ; enfin que les Écoles françaises ont une scolarité et des programmes aussi étendus que les meilleures Écoles étrangères. 2° Si les pouvoirs publics jugent impossible le maintien d'un état de choses séculaire, les soussignés demandent qu'il soit statué sur les conditions d'exercice de l'art dentaire par une loi spéciale, et non par un article de loi sur l'art médical. Ils demandent donc la disjonction des dispositions concernant les Dentistes et de celles concernant les médecins (ainsi que l'ont fait les pays ayant adopté le système de la réglementation. Les États de l'Amérique du Nord ayant adopté des prescriptions à cet égard, l'Angleterre, la Suisse, l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, l'Espagne et la Russie). 3° Enfin, si contrairement à ces vœux, le Gouvernement et les Chambres jugent nécessaire de statuer à propos de l'exercice de l'art médical sur les conditions d'exercice de l'art dentaire, les soussignés les prient de prendre en considération le projet de réglementation suivant qui, à leurs yeux, met le mieux en accord l'intérêt général et l'intérêt professionnel.

I. — *Conditions d'exercice et titre.* — Nul ne pourra exercer l'art dentaire, prendre le titre de Dentiste ou de Chirurgien-Dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de Chirurgien-Dentiste décerné après examen par un jury d'État.

II. — *Composition du Jury.* — Le jury sera composé de trois examinateurs : 1° Un Médecin professeur ou agrégé de Faculté de médecine ; 2° Deux Dentistes nommés par l'administration. (Les soussignés souhaiteraient qu'il fût possible aux Écoles et aux Sociétés professionnelles d'avoir un droit de présentation pour cette catégorie d'examinateurs).

III. — *Conditions d'examen.* — Nul ne pourra se présenter à l'examen s'il n'est âgé de 21 ans et s'il n'a fait un stage de trois années dans une École dentaire libre ou dans une École d'État. Les épreuves d'examen seront de trois genres : 1° Une épreuve

orale sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances, sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique, au point de vue spécial, des maladies de la bouche. 2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger sans s'aider d'aucun livre, d'aucune note ou d'aucun conseil, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner. 3° Des épreuves pratiques consistant en : *a* une extraction opérée sur un malade ; *b* une obturation à l'aide d'une substance plastique après traitement de la carie ; *c* une aurification à l'or mou ; *d* une aurification à l'or adhésif ; *e* l'exécution, en loge, d'un appareil de prothèse entier ou partiel avec application de cet appareil. 4° A la suite de cette épreuve le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la métallurgie dans leurs applications à l'art du Dentiste.

IV. — *Dispenses.* — Les docteurs en médecine désireux de joindre à leur titre celui de Dentiste ne seront astreint qu'à deux années de stage spécial et n'auront d'autre examen à subir que les épreuves pratiques mentionnées aux paragraphes 3 et 4. La même faculté d'examen restreint, pour obtenir le diplôme d'état, sera accordée à titre transitoire aux Dentistes pratiquant en France depuis plus de cinq ans et à ceux qui possèdent le diplôme d'une des Ecoles dentaires, toutefois ils subiront en plus l'épreuve clinique. Les étrangers qui désireront pratiquer en France seront — quels que soient leurs titres — soumis aux examens exigés des nationaux. Il leur est interdit de prendre le titre de docteur, associé ou non au titre de Dentiste ou Chirurgien-Dentiste, sans subir les examens exigés des nationaux.

V. — *Enregistrement.* — Les noms des Dentistes diplômés et de ceux ayant droit de pratiquer, en vertu des dispositions transitoires, seront enregistrés dans les conditions des articles 1 et 4 de la présente loi. (Projet Chevandier).

VI. — *Dispositions transitoires.* — Les Dentistes en exercice au moment de la promulgation de cette loi ne seront tenus qu'à une simple déclaration au maire de la commune, dans le délai de trois mois.

Policlinique de Paris.

Le Comité médical de la Policlinique de Paris, dans sa séance de réunion du 22 mai 1890, a décidé : 1° Que des membres, chefs de service, chefs de clinique et assistants composeront une Société médicale se réunissant deux fois par mois ; 2° Qu'à ces séances bi-mensuelles seront lus des mémoires, des travaux, des observations, et que ces travaux seront publiés dans le journal ; 3° Que les médecins seront admis à faire des conférences dans les salles de cours de la Policlinique, à la condition de faire partie de la Société médicale au titre de membres associés ; 4° Que des conférences pratiques seront faites par les membres du Comité aux Dames patronnesses et à leurs invitées désirant s'instruire des choses de la médecine.

Cours de clinique obstétricale et gynécologique. — M. le Dr OLIVIER, ancien interne de la Maternité, a commencé un cours de thérapeutique obstétricale le jeudi 1er mai, à 5 heures, et le continue les samedis et mardis suivants, à 2 h. 1/2. Les élèves sont exercés à la pratique des principales opérations et manœuvres obstétricales.

Cours de chimie et de physique médicales. — M. Georges DARSENS, ancien élève de l'Ecole polytechnique, licencié ès sciences, chef de clinique, a commencé un cours préparatoire au premier examen de doctorat le lundi 12 mai, à 8 heures du soir, et le continue les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques sur la thérapeutique infantile. — M. le Dr GILLET commencera des conférences de Thérapeutique infantile le jeudi 29 mai, à 2 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Conférences sur la tuberculose. — M. le Dr G. ARTHAUD commencera des conférences théoriques et pratiques sur la tuberculose le dimanche 29 juin, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Conférences de chimie appliquée à la clinique. — M. le Dr BUTLE commencera des conférences de chimie médicale pratique le lundi 26 mai, à 5 heures du soir, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques de laryngologie, de rhinologie et d'otologie. — M. le Dr NATIER a commencé des conférences cliniques de laryngologie, de rhinologie et d'otologie le jeudi 15 mai, à 9 heures du matin, et les continue les samedis, dimanches et mardis, à la même heure (salle Trousseau).

On s'inscrit à la Policlinique, tous les jours, de 3 heures à 5 heures.

Inauguration du monument Auzoux.

Dimanche dernier, 18 mai, a eu lieu, à Saint-Aubin-d'Ecrosville, l'inauguration du buste élevé à la mémoire du Dr Auzoux, né en cette commune le 7 avril 1797 et mort à Paris, le 7 mars 1878.

Le buste qui est en bronze a été moulé par Décorchemont (1). Il est élevé sur un socle en pierre entouré d'une grille en fer forgé. Ce monument a été érigé sur la place principale du pays.

Deux discours ont été prononcés par M. Izarn et le Dr Semelaigne. M. Izarn a expliqué que c'était la Société libre d'agriculture de l'Eure qui avait pris l'initiative de la souscription pour élever le monument. « Notre Société, a dit M. Izarn, est heureuse de faire ces efforts pour honorer la mémoire des illustrations de notre département. »

M. le Dr Semelaigne a rappelé dans ses moindres détails la vie de travail et de labeur de son ami, le Dr Auzoux. Après la cérémonie d'inauguration, un concours festival, auquel ont pris part un certain nombre de musiques, a eu lieu. L'affluence était grande à Saint-Aubin-d'Ecrosville dont toutes les rues étaient pavoisées et décorées de mats vénitiens.

Prix William Senks.

Le 2e prix triennal de 450 dollars, institué par testament par M. W. Senks, sera accordé à l'auteur du meilleur essai sur : *La symptomatologie et le traitement des troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës infectieuses de l'enfance.*—Le fondateur a joint les conditions suivantes : 1° Que le prix serait toujours tiré d'un sujet en connexion avec l'obstétrique, les maladies des femmes ou des enfants ; 2° Que les curateurs, en l'état actuel, peuvent, à leur discrétion, publier le mémoire couronné ou tout travail écrit sur un sujet pour lequel ils peuvent offrir une récompense, si la somme existant entre leurs mains est suffisante pour, et si le mémoire est considéré par eux digne d'être publié. S'il est publié, la publication dudit mémoire se fera entièrement sous le contrôle desdits curateurs. Dans le cas où ceux-ci ne le publieraient pas, il deviendrait la propriété du Collège des médecins de Philadelphie. Le prix est en compétition pour le monde entier ; mais le mémoire doit être l'œuvre d'une seule personne. Le travail doit être écrit en langue anglaise, ou s'il est écrit en langue étrangère, il doit être accompagné d'une traduction anglaise et envoyé au Collège des médecins de Philadelphie (Pensylvanie), avant le 1er janvier 1892 et adressé à M. Louis Starr, président du « W. F. Senks prize comittee ». Chaque travail porte une devise et est accompagné d'une enveloppe cachetée portant la même devise et contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Aucune enveloppe ne sera ouverte, à part celle contenant le mémoire couronné. Le Comité renverra les travaux non récompensés, s'ils sont réclamés par leurs auteurs ou leurs agents dans le laps d'une année. Le Comité se réserve le droit de ne pas donner le prix, si aucun mémoire ne lui parait digne de le mériter.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 27. — *2e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Mathias-Duval, Remy, Quénu. — (*2e Série*) : MM. Polaillon, Schwartz, Gley. — *4e de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Hanot. — *5e de Doctorat*, (1re partie) (Charité) (*1re Série*) : MM. Lefort, Maygrier, Nélaton. — (*2e Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — (2e partie) : MM. Peter, Duguet, Ballet. — *5e de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) ; MM. Panas, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse.

MERCREDI 28. — *2e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — (*2e Série*) : MM. Delens, Reynier, Chantemesse. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — *5e de Doctorat*, (1re partie) (Charité) (*1re Série*) : MM. Pinard, Jalaguier, Ricard. — (*2e Série*) : MM. Marc See, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, Chauffard, Netter.

JEUDI 29. — *2e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — (*2e Série*) : MM. Laboulbène, Remy, Gley. — *3e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Le Fort, Brun, Maygrier. — (*2e Série*) : MM. Panas, Quénu, Bar. — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel, Hallopeau. — *4e de Doctorat* (*1re Série*) : MM. Ball, Ballet, Quinquaud. — (*2e Série*) : MM. Proust, Hanot, Villejean.

VENDREDI 30. — *2e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Ricard. — (*2e Série*) : MM. Farabeuf, Ch. Richet, Retterer. — (*3e Série*) : MM. Marc Sée, Reynier, Poirier. *3e de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Segond, Tuffier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Netter. — 3e définitif d'officiat (Charité) : MM. Pinard, Jalaguier, Chantemesse. — *5e de Doct.* (2e partie) (Charité) (*1re Série*) : MM. Potain, Brissaud, Letulle. — (*2e Série*) : MM. Hayem, Rendu, Chauffard.

SAMEDI 31. — *2e de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Gilbert. — (*2e Série*) : MM. Cornil, Poirier.

(1) Ce buste est exposé au *Salon des Champs-Elysées.*

Ballet. — (3e *Série*) : MM. Debove, Quénu, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Schwartz. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Duguet, Quinquaud. — (2e *Série*): MM. Dieulafoy, Hutinel, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hallopeau.— 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Brun, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 28. — M. Carrasco. Etude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie. — M. Couturier. Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. — De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. — M. Fortuniadès. Etude sur le chancre syphilitique des paupières.

JEUDI 29. — M. Dacquet. Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale. — M. Renault. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Diagnostic et traitement par l'électricité. — M. Chamayon. De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. — M. Faivre. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr François SIREDEY.

M. le Dr Siredey, membre de l'Académie de médecine, a été enlevé cette semaine par une cruelle maladie qui l'éloignait depuis plusieurs mois de sa nombreuse clientèle. Ferme dans ses convictions libérales, tenu en très grande estime par tous ses collègues, Siredey laisse dans le monde médical d'unanimes regrets. Il était âgé de cinquante-neuf ans seulement, officier de la Légion d'honneur et médecin de l'hôpital Lariboisière.

Reçu interne des hôpitaux en 1855, de la même promotion que MM. les Prs Jaccoud, Ball, Siredey, dès sa nomination comme médecin des hôpitaux, s'occupa surtout des maladies des femmes. Son service à Lariboisière était le principal service de gynécologie médicale de ce grand hôpital.

En 1888, il présidait la *Société médicale des Hôpitaux* où il a fait un grand nombre de communications.

On connaît ses travaux sur les *Affections utérines* et surtout son livre sur *Les Maladies puerpérales*, 1 vol. 1884. Voici une liste écourtée et très incomplète des publications de ce médecin, appréciées de tous :

De la fréquence des altérations des annexes dans les maladies dites utérines, thèse inaugurale, 1860. — Communication de *cinq cas d'hémorrhagie méningée* (*Société anatomique*, 1856). — Communications diverses (*Ibid*, 1857, 1858, 1859). — Un rapport sur le *Cancer aigu généralisé* (*Ibid.*) — Rapport sur la *Tuberculisation des organes génitaux chez les enfants* (*Ibid.*, 1867). — *Complications viscérales du rhumatisme ; Urémie, Inflammation péri-utérine ; Cancer de l'utérus ; Hydropisie liée à la congestion du foie, etc.*; Publication des leçons du Dr Aran, suppléant de Rostan, à l'Hôtel-Dieu (*Gazette des hôpitaux*, 1866).—*Mémoire sur les indications et contre-indications de la thoracentèse* (*Archives générales de médecine*, 1864). — *Note pour servir à l'histoire de la maladie bronzée : Trois observations avec présentation des malades* (*Société médicale des hôpitaux*, 1867). — *Note sur un nouveau caractère du pouls de la méningite fourni par le sphygmographe* (*Ibid.*, 1868), — *Mémoire sur les concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin* (*Ibid.*, 1868). — Plusieurs notes principalement relatives à l'*Hygiène et à la mortalité des femmes en couches et à plusieurs maladies épidémiques observées chez les enfants nouveau-nés* (*Ibid.*, depuis 1865). — *Observation avec présentation de malades sur un cas de sclérodermie et d'esthiomène vulvaire* (*Société médicale des hôpitaux*, 1876). — *De l'érythème noueux envisagé dans ses rapports avec le rhumatisme* (*Annales de Dermatologie*, 1872). — *Du traitement chirurgical de la pleurésie purulente* (*Bulletin de thérapeutique*, 1872). — *De l'utilité du bromure de potassium dans l'ataxie locomotrice* (*Ibid.*, 1872). — *La fièvre puerpérale n'existe pas* (*Annales de gynécologie*, 1875). — Articles, in *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique : Dysménorrhée ; Douches dans les maladies utérines ; Emménagogues ; Impuissance ; Métrorrhagie ; Péritonite.* — *Note sur les affections puerpérales*, 1872 (*Société médicale des hôpitaux*). — *Observation de pseudo-pellagre chez une femme arrivée à la période cachectique de l'alcoolisme et n'ayant jamais fait usage du maïs* (*Ibid.*, 1873). — *Mortalité des nouveau-nés.* — *Compte rendu du service des femmes en couche à Lariboisière*, 2e et 3e trimestres 1874 (*Ibid.*, 1874). — *Fièvre typhoïde à Lariboisière* (*Ibid.*, 1876). — *Note sur les maladies des femmes en couches et des nouveau-nés* (*Ibid.*, 1877). — *Affections puerpérales et service des femmes en couches pour* 1879, 1880. — *Mémoire sur la statistique du service des femmes en couches à Lariboisière en* 1882 (*Ibid.*, 1882). *Rapport sur les épidémies*, 1884. — *Proposition de pétition pour augmenter les services hospitaliers* (*Ibid.*, 1886).— *Lithiase rénale*, réponse à M. Blachez, (*Ibid.*, 1887). —*Note sur l'urémie* (*Soc. méd. des hôp.*, 1887). — Il a fait aussi un *Rapport sur la réorganisation des services d'accouchement et la création des médecins accoucheurs, etc., etc., etc.*

Les obsèques ont eu lieu jeudi dernier. M. le Pr Fournier a prononcé un discours au nom de l'Académie et M. le Dr Féréol a parlé au nom de la Société médicale des hôpitaux. M. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 11 mai 1890 au samedi 17 mai 1890, les naissances ont été au nombre de 1109 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 162, Total, 566. — *Sexe féminin* : légitimes, 400 ; illégitimes, 143, Total, 543.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 mai 1890 au samedi 17 mai 1890, les décès ont été au nombre de 999 savoir : 531 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6. T. 11. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 26, F. 37, T. 63. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 8, F. 23, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 71, T. 186. — Autres tuberculoses : M. 17. F. 10. T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 17. T. 28. — Méningite simple : M. 27, F. 25, T. 52. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 21, T. 49. — Paralysie : M. 2, F. 1 T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 1, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 36. T. 67. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 18. T. 26. — Bronchite chronique : M. 19, F. 13. T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 12. T. 27. — Pneumonie : M. 34. F. 21. T. 55. — Gastro-entérite, biberon, M. 29, F. 22. T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 6. T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1. T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 13, F. 11, T. 34. — Sénilité : M. 12, F. 13. T. 25.— Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 6. F. 5. T. 11. — Autres causes de mort : M. 94. F. 77. T. 171. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 4, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 17. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 18 ; illégitimes, 13. Total : 31.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Thèse pour le doctorat ès sciences physiques.* — Le mercredi 2 mai 1888, à 8 h. 1/2 du matin, M. DESLANDRES (Henri-Alexandre), ancien élève de l'Ecole polytechnique, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, sa thèse pour le doctorat ès sciences physiques. Sujet : *Spectres de bandes ultra-violets des métalloïdes avec une faible dispersion.* — M. Deslandes a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—*Concours du Prosectorat.*— Le jury se compose de MM. les Prs Farabœuf, Richet, Lefort, Lannelongue et M. Duval; juges suppléants : MM. Duplay et Guyon. L'épreuve écrite aura lieu le 27 mai. — *Concours de l'adjuvat d'anatomie.* — La question orale d'anatomie a été : *Articulation du coude.* Les candidats ont eu à disséquer mardi dernier (épreuve pratique) : *Les muscles masticateurs et leurs nerfs.* Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise.

Concours : 1° Pour le clinicat médical ; 2° Pour le clinicat des maladies des enfants; 3° Pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de Chef de clinique médicale, de Chefs de clinique des maladies des enfants et de Chef de clinique obstétricale, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 juin 1890, à 9 heures du matin. Il sera pourvu : 1° *Pour le clinicat médical* : A la nomination d'un Chef de clinique titulaire; 2° *Pour le clinicat des maladies des enfants* : A la nomination d'un Chef de clinique titulaire et d'un Chef de clinique adjoint; 3° *Pour le clinicat obstétrical* : A la nomination d'un Chef de clinique titulaire. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 juin 1890.— (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours

de midi à trois heures, guichet n° 2. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. — Sont admis à concourir : 1° *Pour le clinicat médical et le clinicat des maladies des enfants*, tous les docteurs en médecine n'ayant pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours; 2° *Pour le clinicat obstétrical*, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de Chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 25 mai 1890, à Bouray et Lardy. Rendez-vous à la gare d'Orléans, à 7 h. 1/4, pour le train partant de Paris à 7 h. 50 pour la station de Bouray. Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Ecole, en vue du déjeuner, avant vendredi à midi. Retour à Paris à 7 heures.

Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. Fouriaux, docteur en médecine, suppléant des chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur de pathologie interne à ladite Ecole, en remplacement de M. Bourgade de la Dardye, décédé.

Universités étrangères. — *Construction de l'Université de Lausanne.* — La commission internationale du concours pour la construction de la nouvelle Université a décerné le deuxième et le troisième prix aux projets des architectes André (de Lyon) et Demierre (de Paris). Le premier prix n'a pas été décerné, et la somme qui le représentait a été partagée entre les auteurs d'autres projets, MM. Legrand et Leroy (de Paris), Kuder et Muller (de Strasbourg), Recordon (de Lausanne) et Hagberg (de Berlin).

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en Médecine.* — L'épreuve écrite du Bureau central en médecine a été : *Des ictères graves*. Les questions restées dans l'urne étaient : *Rétrécissement de l'œsophage ; De l'artério-sclérose et de ses conséquences.*

Certificats médico-légaux délivrés dans les cas d'accidents.— Quand un blessé a été transporté dans un hôpital, les commissaires de police sont dans l'usage de demander aux médecins un certificat constatant la nature et la gravité des blessures de la victime. Des difficultés s'étant produites à ce sujet (affaire récente de l'Hôpital de la Pitié, service de M. le Pr Lefort), M. Banaston, procureur de la République, s'est concerté avec M. le directeur de l'Assistance publique, sur les mesures à prendre en pareil cas. Il a été décidé ce qui suit : Quand un certificat médical sera nécessaire, les commissaires de police devront adresser une réquisition écrite au directeur de l'hôpital. Le directeur fera parvenir la réquisition écrite au médecin qui devra rédiger le certificat, et le médecin remettra ensuite le certificat directement au directeur. Celui-ci paiera ou fera payer au médecin ses honoraires et les réclamera ensuite au commissaire de police. Les médecins sont autorisés à *désigner un interne* pour la rédaction du certificat. M. Banaston a donné aux commissaires de police l'ordre de l'aviser des contestations susceptibles de se produire. Le procureur de la République exprime l'espoir que les résolutions prises ne donneront naissance à aucune difficulté et qu'il sera inutile dorénavant de confier à des médecins étrangers l'examen des malades en traitement dans les hôpitaux.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Notre excellent ami et collaborateur, M. P. Keraval, vient d'être nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

Anatomo-physiologie et médecine légale. — *Ce qu'on pense des droits de la Faculté de médecine à la Conférence des Avocats.* — La Conférence des Avocats a discuté cette semaine la question suivante : *La Faculté de médecine a-t-elle le droit de faire des expériences anatomiques sur un supplicié, malgré les dernières volontés du supplicié ?* La conférence, après avoir entendu Mes Sambuc et Fourcade, pour l'affirmative, Me Jouet pour la négative et Me Nouel comme ministère public, s'est prononcée pour la négative. Une pareille décision ne nous étonne pas, au contraire. Si, pour le droit, la conférence des avocats n'était pas aussi officielle à Paris que les conférences du bureau central le sont pour la médecine, nous n'aurions pas à nous préoccuper outre mesure de ses verdicts. Malheureusement, quand ces jeunes pontifes ont parlé, c'est fort grave. Mais, alors, sur qui veulent-ils qu'on fasse des études anatomiques ? Sur les honnetes gens peut-être et sur eux-mêmes en particulier ? Soit; à vrai dire, j'aime mieux cette solution. Si personne ne veut plus être disséqué, pas même les suppliciés — et ces derniers seraient ridicules de se laisser couper en morceaux, puisqu'ils ont le droit de s'y opposer — comment faire ? Quand la Société s'arroge le droit de faire deux tronçons d'un individu qui la gêne, elle a bien celui, pensons-nous, d'en faire quatre. En tous cas, pour nous, elle a, qui plus est, le devoir absolu d'utiliser pour le bien du monde entier l'homme qu'elle vient de transformer en cadavre. C'est la moindre des choses. Au fait, MM. les avocats se basent peut-être sur ce fait qu'ils n'ont décapité que le Corps et que l'Ame a gardé tous ses droits ? Grand bien leur fasse !

Association de la Presse médicale française. — Le 5e Diner statutaire de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le vendredi 9 mai, restaurant Marguery, sous la présidence de M. de Ranse, syndic. L'élection de M. le Dr Bilhaut, rapportée par M. le Dr Laborde (parrains : MM. Gillet de Grandmont et Lucas-Championnière) a été ratifiée par l'assemblée. D'après les statuts, un syndic, M. le Dr Cézilly, soumis à la réélection, a été renommé syndic pour une période de 3 années. La réunion, après s'être entretenue de divers sujets d'intérêt général, a décidé que des démarches seraient faites par les syndics auprès des Compagnies de Chemins de fer, du président du Syndicat de la Presse et des présidents des Expositions du Champ-de-Mars et du Salon des Champs-Elysées, pour obtenir certaines facilités pour les membres de l'Association. Il a été question de la nouvelle Policlinique de la rue Mazarine, sur laquelle divers membres ont fourni des renseignements. On a décidé que, dans certaines occurrences, des représentants de la Presse médicale étrangère pourraient être invités aux diners. (*Concours médical*).

Association française pour l'avancement des sciences.— *Congrès de Limoges* (7-14 août 1890). — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Limoges du 7 au 14 août 1890. On est prié de faire connaître, le plus tôt qu'il sera possible, les titres des mémoires ou communications qu'on a l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session qui paraîtra très prochainement en contienne l'indication. Prière d'adresser les lettres au Secrétaire du Conseil, 28, rue Serpente, à Paris, ou au Président de la section, 11, rue de Médicis, à Paris, pour la partie anthropologique.

Académie de médecine de Barcelone. — *Concours pour le prix Gawen, en 1891.* — La question mise aux voix est la suivante : *De la médication antipyrétique ; des meilleurs moyens de combattre l'hyperpyrexie.* Les mémoires, écrits en espagnol, italien ou français, doivent être adressés au secrétaire de l'Académie (Banos Nuevos, n° 9, à Barcelone), avant le 30 juin 1891.

Bourses de licence.— *Arrêté avançant la date du concours pour l'obtention des bourses de licence dans les Facultés des sciences.* — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu l'arrêté du 29 mars 1888 fixant la date de l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licences, Arrête : L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence dans les Facultés des sciences, fixée au 2 juillet par l'arrêté sus visé, est avancée au lundi 25 juin.

Congrès de Barcelone. — Les membres de l'Association pyrénéenne, de retour du Congrès de Barcelone, annoncent qu'ils y ont reçu un accueil très cordial des Sociétés savantes espagnoles, qui leur ont fait visiter les monuments, les bibliothèques et le laboratoire du docteur Ferran. A la réception officielle de l'Académie des sciences, où M. le Pr Armand Gautier et M. le Dr Garrigou ont prononcé des discours très applaudis, les Sociétés savantes et l'Association pyrénéenne ont décidé d'échanger des correspondances et ont désigné Barcelone pour la réunion du prochain Congrès.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Clarencq (de Port-Louis), est nommé chevalier du mérite agricole. — M. le Dr Carle (de Montélimar), vient d'être nommé officier d'Académie. (Voyage du Président de la République à Montpellier).

Choléra. — *Dangers du Pèlerinage de La Mecque.* — Le Comité consultatif d'Hygiène publique de France a été consulté, sur la demande de M. le Ministre des affaires étrangères, sur le point de savoir si la population musulmane d'Algérie pourrait être autorisée, cette année, à entreprendre le pèlerinage de La Mecque, qui doit avoir lieu au mois de juillet prochain. Après avoir entendu les renseignements qui lui ont été communiqués par M. le Pr Proust, sur la situation sanitaire de Mossoul, où le choléra a été signalé, le comité consultatif a émis l'avis que ce pèlerinage était de nature à constituer un danger pour la santé publique et qu'il n'y avait pas lieu, dès lors, de l'autoriser. Déjà le pèlerinage de La Mecque avait été interdit, l'an dernier, pour les mêmes motifs. L'interdiction du pèlerinage a soulevé des réclamations. Peut-être conviendrait-il de laisser les pèlerins libres d'aller ou non à La Mecque, en les prévenant de l'existence du choléra et qu'ils seront, au retour, l'objet de mesures de quarantaine très sévères.

FŒTUS IN FŒTU. — Dans une des plus récentes séances de la *Société des médecins de Vienne*, M. Kolisko a montré un fœtus inclus dans un autre fœtus ou, plus exactement, chez une petite fille de 5 semaines. Ce fœtus examiné était contenu dans une sorte de tumeur kystique. Voilà un fait qui doit être rare.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE (Loire). — La Commission des hospices rappelle que le concours sur titres, pour la nomination d'un pharmacien de 1re classe à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, aura lieu le 4 juin 1890. Les demandes d'inscription devront parvenir au Secrétariat desdits hospices au plus tard le 22 mai courant, et être accompagnées du diplôme de pharmacien de 1re classe et d'un certificat de moralité récemment délivré. Les candidats déposeront également leurs titres scientifiques, manuscrits et imprimés concernant la pharmacie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices, rue Valbenoite, n° 40.

LA MÉDECINE PENDANT L'EXPÉDITION DE STANLEY EN AFRIQUE. — Le *British medical Association* vient de décerner une médaille d'or au Dr Parke, médecin de l'expédition de Stanley en Afrique. Il fera un rapport médical sur son voyage, et ce rapport paraîtra dans la publication de Stanley.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN ET LA PRESSE ÉTRANGÈRE. — Les journaux allemands et autrichiens reproduisent et commentent, comme on devait s'y attendre, la déclaration faite à propos de ce congrès par la majorité des membres du syndicat de la presse médicale française.

MASSAGE ET CHARLATANISME. — Le Conseil d'Hygiène de la Basse-Autriche vient de décider que la pratique du massage par une personne dépourvue du diplôme de médecin doit être considérée comme un acte d'exercice illégal de la médecine.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursions Géologiques.* —M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 25 mai 1890, à Breteuil, à Bimont, dans les gîtes phosphatés de Hardivilliers. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Gare du Nord, où l'on prendra, à 6 heures précises du matin, le train pour Breteuil. On sera rentré à Paris à 9 heures 55 minutes du soir. *Nota.* — Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros d'un nouveau journal : *Le Moniteur médical,* journal spécial pour les étudiants et les praticiens, dirigé par M. G. Delacroix.

RÉCOMPENSES. — M. le Dr Blockberger (de Darmétal), vient de recevoir une *médaille d'argent* comme médecin des épidémies.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.— Prix proposés pour l'année 1891 : *Prix Aubanel* (2.600 fr.) : *De la folie chez les vieillards.* —*Prix Belhomme* (800 fr). *De la vision chez les idiots et les imbéciles.* — *Prix Esquirol.* Ce prix de la valeur de 200 fr., plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — *Nota.* Les mémoires manuscrits doivent être déposés, le 31 décembre 1890, chez M. le Dr Ant. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

SERVICE MÉDICAL DES ÉPIDÉMIES. — M. le Dr BARD, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon, est chargé des mêmes fonctions pour l'arrondissement de Villefranche. Il prendra le titre de médecin des épidémies du département du Rhône et centralisera le service de Lyon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. —*Prix.* La Société française de Tempérance contre l'abus des boissons alcooliques a reçu de Mme Lunier une somme de mille francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier,* l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : « *Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie? Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets ?* » Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme. — La Société française de Tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc. Par exception, les travaux *imprimés* depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que *les manuscrits,* admis à concourir. Les manuscrits portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le Dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne. S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

REVUE DES SCIENCES NATURELLES APPLIQUÉES. — *Sommaire du numéro du 20 mai 1890.* — Saint-Yves-Ménard : De la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie des oiseaux. — Paul Lafourcade : Outardes, pluviers et vanneaux : histoire naturelle, mœurs régimes, acclimatation. — J. Richard : Sur les Entomostracés et quelques autres animaux inférieurs des lacs de l'Auvergne. — A. Pailleux et D. Bois : Cultures expérimentales en 1889. — J. Loz : Le Gymnoclade du Canada. — La canne à sucre traitée par la diffusion à Java. — Influence exercée sur le beurre par la nature de l'alimentation. — Le mérinos aux Etats-Unis. — Le Hamster en Allemagne. — Acclimatation de gibier exotique. — Le phylloxera en Nouvelle-Zélande. — Une nouvelle céréale américaine. — La vigne en Californie. — Graminées pour la fixation des dunes.

UNE NOUVELLE POLICLINIQUE. — On nous annonce l'installation d'une nouvelle Policlinique, où auront lieu des consultations gratuites dans chaque spécialité médicale et chirurgicale. Elle siège 25, quai des Grands-Augustins.

NÉCROLOGIE. — M. Emile GÉNEVOIX, ancien directeur de la pharmacie centrale de France, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine et de l'association générale des pharmaciens de France, ancien maire de Romainville, mort le 18 avril, à l'âge de 63 ans. Jusqu'à sa nomination comme directeur de la pharmacie centrale, Emile Génevoix a donné à la *France médicale* des chroniques ayant rapport à la pharmacie. — M. le Dr LATAPIE DESMANES (de Doubs). — M. le Dr CHABUS (de Sisteron). — M. le Dr BATTAREL, ancien médecin de marine. — M. le Dr BITTEMOURT, professeur de clinique à la Faculté de Bahia. — M. le Dr FAYE, ancien professeur à l'Université de Christiania. — M. le Dr POLLOCK, de l'Ecole de médecine de Charing Cross (Londres). — M. le Dr A. TOFANI, professeur de chimie à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.— M. SULLIVAN, président du Queen's College de Cork, chimiste très apprécié.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.— *Clinique dermatologique et syphiligraphique.*— M. HALLOPEAU commencera ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 24 mai, à 10 heures du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 22. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 31 MAI 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — **M. MAGNAN.**

Délire chronique : Période de persécution.

(*Suite*) (1);

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs **JOURNIAC** et **SÉRIEUX**, médecins adjoints des Asiles d'aliénés.

CINQUIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Modes de réaction du délirant chronique : il fuit les dangers imaginaires, il se défend, il attaque. Importance de la nature de ces réactions au point de vue pratique ; nécessité de la séquestration.

Observation V. — Période d'incubation : interprétations délirantes. Période de persécution ; troubles de la sensibilité génitale, insultes, dialogue. Plaintes.

Observation VI. — Systématisation rapide. Période de persécution. Hallucination de l'ouïe. Déménagements, voyages pour fuir ses ennemis. Lettres et plaintes pour se défendre. Hachette, tire-point pour attaquer.

Observation VII. — Période de persécution, troubles de la sensibilité générale. Hallucinations de l'ouïe. Port d'un revolver.

Nous avons décrit, dans les précédentes leçons, la période d'incubation et la période de persécution du délire chronique. Nous avons vu le malade, inquiet, triste à la première période, être assailli à la seconde par des troubles sensoriels incessants ; il n'est pas d'outrages, pas de tortures qui lui soient épargnés ; traqué sans relâche par des ennemis qui peuvent parfois avoir à leur service des forces mystérieuses, il ne peut songer à leur échapper ; les observations que nous avons citées nous donnent une idée de l'état d'anxiété continuel dans lequel vit le délirant chronique à cette période de sa maladie. Nous l'avons vu ensuite, après avoir désigné ses ennemis par un terme vague, accuser d'abord un groupe d'individus, puis, précisant davantage, un personnage qui est pour lui le chef de ses persécuteurs ; nous sommes ainsi amenés à étudier les divers modes de réaction du malade.

Pendant un certain temps, le délirant chronique n'est pas dangereux, il cherche surtout à éviter ses ennemis : il quitte son atelier ou son administration, il déménage fréquemment, ceux qui le peuvent entreprennent des voyages plus ou moins lointains ; c'est de ces malades que parle Foville dans son étude sur les aliénés migrateurs (2).

Ceux qui ont des craintes d'empoisonnement achètent leurs aliments à différents endroits, chez des marchands éloignés de leur domicile ; ils prennent des précautions infinies dans la préparation de leur nourriture, ils font leur cuisine eux-mêmes, changent souvent de restaurant, ne se servent de l'eau qu'ils boivent qu'après des examens minutieux ; ils vont le matin de très bonne heure la chercher à la fontaine avant même l'arrivée des ménagères. L'un de nos malades, nous l'avons vu, s'était entouré d'une ceinture de Pulvermacher et d'aimants, il avait isolé son lit avec des pieds de verre, espérant ainsi échapper à des décharges électriques.

D'autres commettent un délit pour se faire arrêter, dans l'espoir que la police les défendra. A cette période, assez courte chez quelques-uns, succède une période de défense active, ces malheureux se plaignent partout, aux commissaires, au Procureur de la République, aux autorités, aux personnages en vue ; ils recherchent des protecteurs. Ils font faire des analyses de leurs boissons, de leurs aliments, de leurs déjections (crachats, urines, matières fécales), ils portent les bouteilles contenant ces matières chez le commissaire, au laboratoire municipal. Chez eux ils se barricadent, doublent leur porte d'une barre de fer, bouchent tous les orifices, tapissent quelquefois toute leur chambre, murs et fenêtres, de papier, de journaux.

Enfin il en est qui, lassés de soutenir une lutte inégale contre leurs ennemis, se désespèrent et ne voient plus de refuge que dans la mort.

Mais nombre d'autres, fatigués par les outrages incessants, persuadés que leur vie est en danger, s'arment, et dès lors deviennent très dangereux. Ce sont souvent ces malades qui, sous le coup d'une hallucination, frappent un passant d'un coup de parapluie, d'un coup de couteau, quelquefois d'un coup de revolver. Ils désignent alors par leur nom les gens qui les poursuivent, ils leur font des menaces, s'acharnent à leur poursuite, leur écrivent des lettres injurieuses, les provoquent, les épient, les surprennent isolés, se précipitent sur eux, les frappent et peuvent même les tuer. Parmi les malades que nous avons eus dans le service : l'un, D..., avait tiré deux coups de revolver sur sa maîtresse ; un autre, C..., avait réuni un soir trois amis et les avait frappés à coups de couteau ; un troisième, H..., avait tiré cinq coups de revolver sur sa femme. Quelquefois cette réaction dangereuse a mis longtemps à se manifester ; il a fallu que le malade fut poussé à bout par des attaques continuelles contre son honneur et son existence, mais elle peut, suivant le caractère du délirant chronique, arriver plus rapidement et se montrer dès le début de la deuxième période. Les moyens d'attaque de ces malades peuvent être aussi des récriminations, des procès : L... porte des accusations contre le curé C... ; V... exhorte les ouvriers à la révolte. Les persécutés mystiques font dire des messes pour conjurer les influences diaboliques. La conduite du médecin se règle principalement d'après le mode de réaction du délirant chronique. Lorsque le malade désigne et menace l'auteur de ses persécutions, lorsqu'il est arrivé à cette phase des réactions violentes, la séquestration devient urgente, car de la menace à l'acte il n'y a qu'un pas, souvent bien vite franchi.

En résumé, le malade réagit successivement des façons suivantes : 1° Il fuit et évite les dangers imaginaires ; 2° Il se défend ; 3° Il attaque.

L'observation suivante est intéressante par la netteté avec laquelle se montre la marche progressive de la maladie. Il s'agit d'une femme de 44 ans, sans antécédents héréditaires, laborieuse, rangée, qui est arrivée à cet âge sans avoir éprouvé aucun trouble psychopathique. La période d'incubation est caractéristique : la malade s'attribue tous les mots grossiers qu'on peut

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889.

(2) Foville. — *Les Aliénés voyageurs ou migrateurs* (*Ann. médico-psychologiques*, 1875).

entendre dans un lavoir ; elle accumule les interprétations délirantes. Puis viennent des troubles somatiques légers et la deuxième période commence : ce sont d'abord des chuchotements, puis des insultes, des propositions obscènes. Le dialogue apparaît ensuite. Ajoutons l'existence de troubles de la sensibilité génitale. Elle reste longtemps indécise dans le choix de ses persécuteurs : elle soupçonne des étudiants ; puis, elle les suppose payés par le gérant du 24 et associés avec le concierge.

Obs. V.— La malade, Jac..., 44 ans, est née de parents qui n'ont jamais rien présenté d'anormal ; ils vivent encore, le père a 74 ans, la mère 84 et se portent relativement bien. Son frère et sa sœur ont également une bonne santé.

Elle-même a toujours eu bon caractère, elle a été très peu à l'école, mais elle a étudié chez elle et sait lire et écrire. Sa jeunesse a été tranquille. Réglée sans difficulté à 11 ans, elle n'a jamais présenté aucun signe de nervosisme, jamais elle n'a eu de maladie sérieuse. Domestique à Nancy, puis à Paris, elle a toujours eu de bons rapports avec ses maîtres et avec les autres domestiques. Mariée en 1866, à 22 ans, elle a eu 2 enfants. Elle était enceinte de 8 mois quand son mari est mort en 1870, elle a supporté ce malheur avec énergie. Remariée en 1876, elle a eu 4 enfants de son second mari. Ses couches ont toujours été faciles, et, de ses six enfants, deux sont morts en bas âge, les autres sont bien portants. Elle et son mari déclarent que leur ménage était tranquille, tout allait bien chez eux, ils n'avaient aucun ennui.

Il y a quelques mois, en juin, au lavoir, elle entendait des gros mots et s'attribuait ces injures; elle avoue cependant qu'elle n'y connaissait personne. On bavardait. A peu près à la même époque, chez elle, dans les couloirs ou dans la cour, elle remarquait que les voisins étaient jaloux d'elle : pour une ouvrière elle était trop propre; on ne comprenait pas qu'elle payât son loyer aussi régulièrement. Au marché, elle entendait dire : « Ces gens-là ont toujours l'argent au bout du doigt. » On suivait son petit garçon dans ses commissions pour voir s'il payait.

Au commencement de juillet elle éprouva des malaises, des courbatures, des engourdissements, ses yeux se brouillaient et ses oreilles bourdonnaient. Elle dormait mal. La simple odeur du charbon lui faisait mal à la tête. Peu habituée à se sentir malade, inquiète, elle fit appeler le médecin ; calmés pendant quelques jours, ses malaises reviennent souvent depuis ce temps. A la fin de juillet, elle entendait des chuchotements ; on parlait très bas et elle ne pouvait pas comprendre. Elle remarquait qu'au-dessous de chez elle étaient des gens qui la suivaient quand elle changeait de chambre. Elle écoute et arrive à reconnaître la voix de la dame du dessous ; elle comprend peu à peu qu'on l'insulte, on lui propose « des cochonneries si dégoûtantes qu'elle n'ose les répéter »; on lui proposait de se donner à quelqu'un, on lui parlait de poses impossibles, on la « cochonnerait », etc...

Ces insulteurs voyaient parfaitement chez elle, car ils disaient tout haut ce qu'elle faisait; quand elle s'habillait, quand elle faisait sa toilette, quand elle allait au cabinet, etc. Elle leur répondait souvent : « Ça ne vous regarde pas », mais ils continuaient. Elle ressentait des pressions sur la tête, sur le ventre, c'étaient certainement des gens instruits qui la travaillaient, peut-être des étudiants. D'août à septembre c'était dégoûtant, on lui disait les cochonneries les plus infectes. Elle ne pouvait plus dormir, c'était toujours des potins au-dessus et au-dessous, on la travaillait partout où elle était, jour et nuit, surtout la nuit, elle était obligée de se lever. Elle sentait comme si son mari la touchait, comme si la matrice sortait, elle avait même de la peine à marcher. Elle était toujours en mouvement pour éviter leurs attouchements, ils disaient : « Elle est trop saine, il faut la pourrir. » Ce sont probablement des gens payés qui l'insultent et la travaillent ainsi. Peut-être sont-ils payés par le gérant du 24, elle ne sait pas pourquoi, c'est à peine si elle le connaît. Peut-être par jalousie, peut-être parce qu'il aurait voulu faire d'elle ce qu'elle n'aurait pas voulu. Elle se plaignit à son mari et lui conseilla d'aller porter plainte; elle-même se rendit chez son ancien patron pour qu'il l'aidât à obtenir protection contre ses ennemis.

En septembre, les malaises redoublent, toute la journée elle est inquiète, les insulteurs continuent à l'appeler salope, hallucinée et à lui proposer des « actes obscènes », ils lui disent : « Tu es émétisée », elle veut absolument se plaindre, et c'est sous ce prétexte qu'on la conduit à la Préfecture. Pendant l'heure qu'elle passe à l'infirmerie spéciale, elle a été très fortement « émétisée », tout tournait. C'est en cet état qu'elle arrive dans le service, et, pendant 8 jours, elle reste sombre, inquiète, regardant à droite et à gauche d'un air méfiant : on la travaille toujours. Elle devient peu à peu mieux portante, mais les insulteurs continuent à lui tenir de mauvais propos, des méchancetés contre son mari. Ils lui disent qu'ils intercepteront ses lettres ou qu'ils brouilleront la vue de son mari quand il les lira. Elle comprend que maintenant on « émétise » son mari et ses enfants.

Le 25 octobre, elle écrit à son mari pour le prévenir que les ennemis lui disent qu'une femme entre chez lui, qu'ils vont le rendre fou et le forcer à entrer dans une maison de santé; que cette femme imite tellement bien son écriture qu'elle lui écrit en son nom. Ils veulent amener le désordre dans le ménage et le déshonneur dans la famille. Elle lui recommande de se méfier de tout le monde et surtout du gérant du 24, ça pourrait bien être lui qui dirige tout. Elle a bien vu, la dernière fois que son mari et son fils sont venus, qu'ils étaient émétisés, tout pâles et comme sourds. En ce moment, ce sont ses ennemis qui les empêchent de venir. « Si ça continuait comme ça, je serais obligée de prévenir la police », disait-elle hier.

Elle voudrait bien sortir pour empêcher tout cela, elle irait chez les voisins du dessus et du dessous avec le commissaire et les ferait arrêter. Pour elle, se sont des gens payés par quelqu'un, le concierge doit être complice. Ils cherchent à l'éloigner pour enlever son mari, après cela on entraînera les enfants. Il faut qu'elle sorte pour y mettre ordre.

Mlle Lef..., dont l'observation suit, est entrée 2 fois à Sainte-Anne ; le début du délire remonte à 4 ans : jusqu'à 44 ans, aucun phénomène morbide ne s'était montré, qui put indiquer une prédisposée. Les interprétations délirantes sont rapidement systématisées, grâce à un incident antérieur (amoureux éconduit) ; les hallucinations de l'ouïe se montrent très nombreuses ; ce sont d'abord des mots injurieux, puis des phrases entières ; enfin elle entend un véritable dialogue. Elle était depuis un certain temps entrée dans la phase des réactions violentes : elle s'était armée d'une hachette, d'un tire-point et pouvait, d'un instant à l'autre, devenir très dangereuse. Signalons ses déménagements, ses plaintes nombreuses au commissaire, ses lettres au Préfet de police, toutes manifestations qui sont communes chez ces malades. Faisons remarquer l'amélioration passagère qui a suivi son premier séjour à l'asile.

Obs. VI. — Mlle Lef..., âgée de 48 ans, est née d'un père intelligent et sobre, un peu prompt ; il est mort à 60 ans d'une pneumonie. Sa mère, devenue alcoolique au moment de la ménopause, est morte à 60 ans. Ils étaient deux enfants : son frère, plus âgé qu'elle de 12 ans, est mort tuberculeux à 32 ans.

Mlle Lef..., élevée très étroitement par son père et sa mère, ne prenait part à aucune fête, aucune distraction, ne sortait jamais ; la famille vivait retirée, ne frayant avec presque personne. De bonne heure elle dut s'occuper du ménage, sa mère, par son intempérance, devenant incapable de pourvoir aux soins de la maison. Restée seule à 28 ans, elle continue à se bien conduire et à travailler chez ses patrons. L'année suivante, un M. R..., qui sera plus tard un de ses persécuteurs, vient s'installer dans la même maison, et, à ce qu'il paraît, cherche à lui faire la cour ; mais ses avances n'obtenant aucun succès, il cesse ses assiduités et tout rentre dans l'ordre. En 1876, Mlle Lef..., âgée de 37 ans, ne va plus à l'atelier et s'établit à son compte. Fidèle à ses habitudes et à ses goûts,

elle reste dans sa chambre, tranquille, sortant très peu ; elle ne connaît pas une seule distraction parisienne.

En 1883, M. R... devient veuf, et chaque fois qu'il la rencontre dans l'escalier fait le galant. Elle répond toujours froidement à ses avances, et même une fois se fâche si fort qu'il ne lui parle plus. Quelque temps après, une ouvrière de M. R..., Mme D... (qui avait la réputation de flirter avec M. R...), vient chez elle et lui dit que M. R... parle souvent d'elle si élogieusement qu'elle pense bien qu'il voudrait l'épouser. La malade suppose que Mme D... raconte tout cela pour la sonder et répond par un refus. C'est à ce moment que commence la vengeance de M. R... Jusque-là elle était heureuse, bien portante, ayant tout ce qu'il lui fallait, « du travail par-dessus la tête. » Il s'était allié dans ce but au concierge de la maison. En montant l'escalier, elle les entendait bavarder sur son compte et disant qu'elle avait été la maitresse de son patron et des ouvriers qui travaillaient chez elle, etc. Son neveu et sa nièce étant venus la voir vers cette époque, on fit courir le bruit qu'ils étaient ses enfants, les bâtards de son patron. En peu de temps, le concierge répandit ces calomnies, et chaque fois qu'elle passait dans les rues du quartier elle entendait dire : « Voilà Mlle L..., qui aurait cru qu'elle a des enfants! » Elle s'en plaint à des commissaires de police ; alors ses ennemis, prévenus de ses démarches et ne voulant pas paraître la poursuivre eux-mêmes, se sont servis, dit-elle, d'individus soldés par eux, qui répètent partout « qu'elle a fait le boulevard, qu'elle a été la maîtresse de tous les hommes qui l'ont approchée. Ils se réunissent le soir devant sa porte et elle les entend bien, mais quand elle descend ils se taisent et elle ne peut jamais les surprendre. » Elle déménage quatre fois en moins d'un an, c'est partout la même chose. Dans un de ses logis, chez un marchand de vins, elle entendait les clients parler d'elle en termes méprisants, et parfois le débitant prenait sa défense disant : « Laissez-la donc tranquille cette pauvre femme. »

Elle part dans sa famille, à Besançon ; un de ces misérables, ami du concierge, l'y poursuit et répand les mêmes bruits. Elle revient à Paris, le scandale recommence de plus belle, on l'appelle « pourriture à Ricord. » On dit qu'elle a été la maîtresse de son père, de son frère. Cette fois elle se fâche et va se plaindre au commissaire, lui disant qu'elle veut absolument qu'on respecte son père et son frère, et que s'il ne lui fait pas justice elle descendra un jour avec sa hachette fendre la tête aux calomniateurs. Elle lui montre un énorme tire-point dont elle est toujours armée, pour ne pas tomber entre les mains des agents des mœurs qui la suivent sans cesse et veulent la prendre en défaut. Elle menace de s'empoisonner avec du cyanure de potassium. Envoyée à Sainte-Anne, elle est transférée à Vaucluse où la suivent bientôt tous les bruits qui circulaient sur son compte à Paris. Le concierge qu'elle y rencontre bavarde toute la journée, et bientôt elle est la fable de l'asile. On dit « que c'est pour elle une grâce toute spéciale d'être enfermée à Vaucluse en punition de ses fautes, au lieu d'être à Saint-Lazare, » et bien d'autres propos encore. Des voyous, envoyés par le concierge, se cachent dans les arbres de la route qui longe l'asile et l'insultent à haute voix. « Tiens, voilà la sale femme, etc. »

Peu de temps après, elle sort de Vaucluse et part pour l'Algérie soigner son ancien patron. Dans une longue lettre à une de ses amies, elle dépeint toute l'horreur de la maladie de M. L..., les fatigues qui en résultent pour elle, mais tous ces ennuis ne sont rien en comparaison de ceux que lui font subir ses persécuteurs. Pendant trois mois elle a été tranquille, mais à ce moment, le concierge et ses complices ayant découvert sa nouvelle résidence, le scandale recommence. Il conte ses calomnies dans tout le village et donne de l'argent aux arabes pour l'insulter de loin. Ceux-ci crient qu'elle est une femme de mauvaise vie et s'acharnent tellement après elle qu'elle ne peut plus sortir. Le programme est de la faire conduire à Alger et de la faire enfermer comme cause de scandale. Bien souvent elle entend des discussions sur son compte : son maître la défend contre le valet de chambre qui la calomnie aussi. Vers la fin de 1886, M. L... meurt. Elle rentre à Paris, puis va à Lille chercher une place. Un de ces misérables la suit dans le train et l'insulte tout le long du chemin : « Tiens, voilà la sale femme qui passe. » A Lille, il la devance partout où elle va chercher un emploi et raconte toutes ces horreurs. Elle ne peut plus dormir à cause du vacarme qu'ils font sous ses fenêtres ; absolument désolée, elle revient à Paris à pied avec quelques sous en poche. Ses amies l'assurent qu'elle se trompe, qu'elle est malade..... Elle se décide alors à entrer d'elle-même à Sainte-Anne.

A peine quelques jours se passent-ils que déjà tout le monde parle d'elle dans le service, on l'insulte, on sait tout ce qu'on a dit d'elle jusqu'ici et on le répète ; la moindre parole du médecin est interprétée dans le mauvais sens. Très vite elle est malheureuse ; toute la journée elle se tient isolée de ses compagnes, assise dans le couloir, l'air inquiet, se dérangeant au moindre bruit, et travaillant le plus possible pour ne pas entendre ses voix. Quand la surveillante est là, on ne dit rien. Le médecin, dit-elle, endort une malade pour savoir la vérité sur son compte ; différentes malades endorment une de leurs compagnes qui dit d'elle : « Elle est vouée au mépris public. » Elle ne peut plus y résister, dit-elle en larmes, il faut lui rendre la liberté ou l'envoyer à Saint-Lazare, là au moins elle saura ce dont on l'accuse et pourra se défendre.

31 *octobre*. Elle a entendu dire dans la salle : « Elle est signalée à la police pour ses fautes dont l'histoire a paru dans les journaux, partout où elle ira ce sera la même chose ». Elle comprend maintenant pourquoi elle est poursuivie partout. Quand elle est allée à Lille, on avait son signalement dans toutes les gares. A son retour elle a remarqué que chaque fois qu'elle entrait dans un village un cabriolet la suivait. Elle est placée ici pour que les médecins tirent son affaire au clair et sachent vraiment ce qu'elle a fait. La Commission de surveillance étant venue visiter le service, elle a bien vu que ces Messieurs la remarquaient spécialement. Une voix, qu'elle a reconnu être celle du médecin, disait : « Voilà une sale femme qui m'est spécialement recommandée. »

9 *novembre*. Elle a pleuré toute la nuit. Ce matin à la visite ses récriminations sont presque violentes. Elle veut sortir, quelqu'un l'a réclamée, elle ne comprend pas qu'on la considère comme une folle. Voici un passage d'une lettre adressée au préfet de police, qui donne une idée nette de son délire et de sa lucidité : « En quelques mots je vais vous mettre au courant de ma situation ; depuis 1861 j'habite Paris, j'y ai toujours vécu heureuse et estimée de tout le monde, vivant de mon travail et gagnant largement ma vie. Lorsqu'il y a 2 ans 1/2 un ancien voisin, nommé R..., qui m'avait beaucoup recherchée quand j'étais jeune, et dont je m'étais, je le confesse, amplement moquée, après une dernière tentative de sa part, se voyant de nouveau rebuté, s'est vengé de moi de la façon la plus infâme ; il s'est joint le concierge de la maison, son digne émule en infamie. A eux deux, ils ont comploté leur vengeance et, pour ne pas avoir l'air de me poursuivre eux-mêmes, ils se sont servis d'individus soldés par eux, et que je ne connais ni de noms, ni de visages, d'immondes voyous qui ont répandu dans tous les quartiers où j'ai habité les propos les plus calomnieux et infamants sur ma réputation ; aussitôt que j'ai eu connaissance de ces propos je suis allé trouver M. B... et M. F..., commissaires de police, et l'officier de paix du 4e arrondissement. Ces Messieurs m'ont demandé si j'avais des témoins des insultes que j'entendais ; malheureusement pour moi je suis seule, sans parents, vivant très retirée et sans fréquentation, je n'ai donc pu présenter de témoins ; alors ces Messieurs m'ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi. J'ai déménagé quatre fois en moins d'une année ; au mois de juin 1884 je suis partie pour Besançon, un de ces misérables m'a poursuivie jusqu'à Besançon. Ne pouvant plus tenir à cause de ma famille, je suis revenue à Paris et suis allée demeurer rue des Amandiers où le scandale a encore recommencé de plus belle. Complètement désespérée, je suis allée chez M. G..., commissaire de police, qui m'a reçue plusieurs fois chez lui ; je lui ai expliqué ma situation par deux lettres, l'une de 8 pages, l'autre de 9. M. G... m'a beaucoup et très attentivement questionnée, puis il a fait un simulacre d'enquête sur cette affaire, et la trouvant sans doute trop embrouillée pour lui M. G... a trouvé plus expéditif, pour en terminer, de me faire enfermer dans une maison de santé comme atteinte du délire de la persécution. Pour un magistrat tel que M. G..., en qui j'avais toute con-

fiance, je trouve le procédé peu délicat, je ne trouve pas cela honnête de se débarrasser du monde de cette façon-là. Je jure sur le salut de mon âme que je suis incapable d'aucune mauvaise action dont j'aie à rougir ; ma conscience est absolument nette, je n'ai rien à craindre. Si je ne me savais pas aussi sûre de moi, je n'aurai pas eu l'audace d'aller moi-même me mettre entre les mains de la police, sachant bien qu'elle ne plaisante pas avec des femmes de mœurs équivoques. Si j'avais quelque chose à me reprocher, puisqu'on m'accuse de folie j'accepterais avec joie cette accusation comme une circonstance atténuante aux fautes que j'aurais commises, et au lieu de m'efforcer de prouver que j'ai toute ma raison et mon bon sens, je feindrais l'idiotisme et l'imbécillité pour me faire excuser, et je me trouverais trop heureuse d'être ici ou à Vaucluse au lieu d'aller dans une maison de correction. Je le répète, je suis sincèrement sûre de ma conscience et de ma raison, je me déclare avoir toujours été, et être toujours absolument responsable de tous mes actes et mes paroles. »

Le malade B..., qui est parvenu jusqu'à l'âge mûr sans trouble particulier, est encore un exemple des divers troubles sensoriels et sensitifs des délirants chroniques à la seconde période ; il est arrivé aussi, harcelé sans cesse par ses persécuteurs, à s'armer d'un revolver ; la nuit, il poursuit ses ennemis dans l'escalier, il poursuit une femme et cherche à la frapper. Le début de la maladie remonte à 1883 : ce sont d'abord des conversations, des rires qu'il surprend dans la rue et qu'il s'attribue, puis viennent les hallucinations de l'ouïe et plus tard l'écho de la pensée, il accuse les élèves d'un cours voisin, puis un de ses débiteurs. Il a de nombreux troubles de la sensibilité générale. Il ressent une *électrique* qui l'empêche de dormir, il sent une espèce d'aiguille pénétrer dans la verge, on lui envoie des décharges électriques, on lui travaille la tête. Quelques jours de repos suivent son entrée à l'asile, mais les hallucinations ne tardent pas à reparaître.

Obs. VII. — Le malade B..., 59 ans, est entré deux fois à l'asile : la première fois en avril 1888, la seconde en novembre 1888.

Antécédents héréditaires : Père mort à 52 ans, cardiaque ? buveur. Mère morte hémiplégique à 54 ans. Un frère se porte bien. — Huit enfants, cinq sont morts, quatre en bas âge ; l'une des filles est morte tuberculeuse à 32 ans. Les trois qui restent sont une fille nerveuse, émotive, strabique, et deux garçons intelligents et travailleurs.

Le malade n'a jamais été à l'école et ne sait pas lire ; très robuste, très bon ouvrier, il avait toujours été laborieux, intelligent, s'occupant soigneusement des siens. Quelquefois il lui arrivait de boire un peu plus que de coutume et dans ces moments il devenait irritable et boudeur. Le début apparent du délire remonte à 5 ans, mais depuis quelques années il était irritable, jaloux, soupçonneux, préoccupé. Ses soupçons, intermittents d'abord, deviennent continus depuis 4 à 5 ans. On le regarde de travers dans la rue ; quand il voit rire quelqu'un il prétend qu'on se moque de lui ; lorsque deux personnes parlent entre elles on cause de lui. Ces idées aboutissent à un premier déménagement en 1885. Les voisins font du bruit : c'est pour l'ennuyer ; son apprenti ne vient plus à l'heure et va raconter partout ce qu'il fait, il s'est mis avec tous ces gens-là. Près de son logement se trouvait un bal public : on y danse pour l'empêcher de dormir ; il signe avec quelques locataires une pétition au Préfet de police pour empêcher ce bal. A partir de ce moment on lui fait des misères, il déménage en 1886. Dans son nouveau domicile il est tranquille pendant quelques jours, mais bientot il entend des injures : « scélérat, canaille, voleur, » c'étaient des voix d'hommes et de femmes. Ils étaient quelquefois huit ou dix pour lui faire des misères. Il ne les a jamais vus et il ignorait le motif de leurs persécutions. Jusque-là il ne désignait personne. Au commencement de 1887 il croit que ce sont des élèves de l'école du commerce où il est professeur tailleur ; bientôt des femmes publiques payées se mettent de la partie.

En juillet 1887, il part en Belgique où il reste tranquille.

A son retour un nommé C..., à qui il avait prêté de l'argent, s'est mis à l'injurier avec les autres ; ils passaient les nuits dans la rue à lui dire des injures, ils prenaient la chambre d'un locataire du dessus et s'y réunissaient pour l'insulter, dire des méchancetés sur sa femme et sa fille. Ce C... lui en voulait parce qu'il lui avait réclamé 3,000 fr. qu'il lui avait prêtés. C'est alors que B... a commencé à ressentir une électrique qui l'empêchait de dormir, « avec leur machine ils l'empêchent de manger, d'aller à la selle, et ils se moquent de lui. Ils lui paralysent les membres, souvent c'est comme une espèce d'aiguille qui entre par la verge et pénètre dans le corps, ça le travaille, ça fait venir des érections et des pertes. » Il entend une sonnette dans les oreilles et il sent une excitation aux parties ; c'est probablement, dit-il, une chose qu'on tourne qui fait sonner. A peu près à la même époque ils ont commencé à dire tout ce qu'il faisait, tout ce qu'il pensait et à répéter toutes ses paroles. Ils disent qu'il doit mourir. Il n'osait pas aller se plaindre au commissaire parce qu'il parle mal le français.

Il n'osait plus sortir qu'avec son revolver, parce qu'ils étaient constamment à ses trousses, à l'injurier. Ils n'avaient pas l'air de le suivre, mais ils l'insultaient tout de même. Dans les jours qui suivirent sa première entrée à l'asile, ils le tourmentèrent encore ; il ressentait des piqûres dans la tête, dans la verge. Peu à peu il se calma et ses enfants ayant changé de domicile on le laissa sortir en juillet 1888. En octobre, il vint à l'asile voir quelques amis et d'un air attristé raconta que l'on avait recommencé à l'injurier et à le tourmenter, il aurait voulu quitter Paris pour échapper à ses ennemis. Il était moins adroit, moins vif, disent ses enfants. « On l'empêchait de travailler à certains moments, il ne pouvait plus faire aller sa machine, on brûlait son aiguille, il ne sait pas comment ils pouvaient faire. » Il les entendait marcher au-dessus de lui, citait encore quelques noms de ses anciens élèves. Ses insulteurs se tiennent la nuit en haut, dans la journée en bas et en haut, quelquefois ils parlent du mur voisin. Ils répètent toutes ses pensées, on le tient par ses paroles, et souvent il est forcé de répondre malgré lui. Ils lui envoyent des décharges électriques « c'est toujours le même genre », il ressent surtout des piqûres dans le haut de la tête, « ils lui travaillent le cerveau. » La nuit il laisse sa porte ouverte et les guette avec son revolver, il se relève parfois, allume la lampe et cherche ses ennemis dans l'escalier ; un soir il rencontra une femme et la poursuivit voulant la frapper. Quand ses enfants essayaient de lui faire comprendre qu'il se trompait il devenait violent ; deux furent obligés de quitter la maison. En octobre il invective son fils et lui dit qu'il l'a bien entendu parler dans la salle voisine, s'entendant avec eux pour lui faire du mal. Les voisins effrayés se plaignent et on l'arrête. « C'est toujours celui auquel j'ai réclamé de l'argent, dit-il, ils me l'ont bien dit, d'ailleurs, qu'ils me feraient manger plus que je n'ai réclamé. »

Sanatoria maritimes. — *Abus.* — Dans un précédent numéro (1889, n° 28, 13 juillet, p. 32) nous avons déjà signalé les abus manifestes, les fausses manœuvres évidentes qui se rapportent à la création des Sanatoria maritimes dus à l'initiative privée. Nous croyons devoir insister à nouveau sur ce point, car dans un récent article du plus pur lyrisme, la *Gazette médicale de Nantes* porte aux nues un établissement de ce genre, que nous ne connaissons que trop. On ne pouvait plus mal tomber pour célébrer les avantages de telles Maisons de santé maritimes. La région où celle-ci a été élevée est voisine de marais d'une vaste étendue, chaque été, en effet, ravagés par la fièvre intermittente ; d'autre part, la cote dénudée, dépourvue de la moindre végétation, est absolument sans abri ; aux environs, l'air est infesté par les émanations provenant d'usines à poissons, etc. Les dunes, constituées par un sable très mouvant, se déplacent au moindre coup de vent et le sable volant de toutes parts détermine assez fréquemment des conjonctivites sérieuses. Il ne faudrait pourtant pas croire que l'idéal a été atteint quand on a construit l'hôpital de Berk sur un monceau de dunes. Ce que nous venons de dire pour le Sanatorium en question est vrai pour d'autres, que nous avons visités. Il est temps qu'on s'occupe de cette question ; et, comme nous l'avons déjà dit, [illegible] les intéressés réfléchir un peu avant de construire des Chateaux, qui ne sero[illegible] qu'en Espagne, malgré leur situation au bord de l'Océan français !

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le VIe Centenaire de l'Université de Montpellier.

Les professeurs et les étudiants des diverses Facultés et Ecoles de Montpellier ont eu l'excellente idée de fêter le *sixième Centenaire* de leur Université. La municipalité de Montpellier les a généreusement secondés, se faisant en cela l'écho de la population tout entière. C'est qu'en effet cette cité doit, dans une très forte proportion, son renom et sa fortune à ses Facultés de médecine, des sciences, des lettres, de droit et à ses Ecoles d'agriculture et des beaux-arts. C'est une ville universitaire par excellence, tandis qu'ailleurs, par exemple à Paris, Lyon, Bordeaux, etc., les centres d'enseignement ne constituent que l'une des attractions et des richesses, à côté d'autres très nombreuses. Aussi, des fêtes comme celles auxquelles nous venons d'assister, qui n'auraient été dans ces villes qu'un incident plus ou moins remarqué, ont absorbé d'une façon complète la vie de la cité Montpelliéraise pendant toute leur durée.

Le Président de la République, M. Carnot, dont le nom est synonyme d'intégrité absolue et de dévouement inébranlable à l'idée républicaine, a voulu s'associer à ces fêtes. L'accueil chaleureux qui lui a été fait par une foule enthousiaste, et en particulier par les nombreuses délégations des Etudiants qui avaient répondu de tous les coins du monde à l'appel de leurs camarades de Montpellier, l'a certainement récompensé de ses peines.

Nous raconterons plus tard les faits les plus intéressants qui ont marqué les fêtes de Montpellier et les visites aux établissements scientifiques et hospitaliers. Nous ne voulons insister ici que sur l'événement le plus considérable du Centenaire.

Les Facultés de Montpellier, à l'occasion des fêtes du Centenaire, ont eu fortement à cœur de montrer les progrès qu'elles ont réalisés dans leurs installations et dans leur organisation, notamment les Facultés de médecine et des sciences. En agissant ainsi elles étaient mues par le légitime désir de hâter la réalisation d'une idée qui leur est chère : la fondation de l'Université de Montpellier. Elles ont eu pleine satisfaction. En effet, à l'imposante cérémonie de la célébration du Centenaire, qui s'est accomplie sur la splendide promenade du Peyrou, le Ministre de l'Instruction publique, M. Léon Bourgeois, a prononcé un discours des plus remarquables au point de vue de l'élégance du langage et de l'élévation des idées, discours dans lequel il a fait connaître les intentions formelles du gouvernement. M. le Ministre s'est exprimé en ces termes :

J'ai dit, Messieurs, l'Université de Montpellier. Je n'ignore pas que ce mot n'a aujourd'hui qu'une valeur historique, et que, légalement, ce que nous avons devant nous, c'est un groupe de Facultés. Mais ce grand nom d'Université est ici sur toutes les lèvres, comme il était l'an dernier, à la Sorbonne, sur celles de l'éminent recteur de Paris, comme hier il était à Lyon sur celles d'un de mes plus illustres prédécesseurs. L'idée qu'il exprime est, depuis 1871, dans l'esprit de tous ceux qui ont travaillé au merveilleux essor de notre enseignement supérieur, [illegible] Facultés, refait leurs [illegible] cadres, rétabli leur personnalité civile et créé leurs conseils généraux auxquels il ne manque, en vérité, que peu de chose pour être des conseils d'Université. Aussi, Messieurs, le Ministre de l'instruction publique n'hésite-t-il pas à prononcer ce nom, moins encore comme un hommage au passé que comme une promesse pour un très prochain avenir. Et il n'a pas cru qu'il pût rencontrer meilleure occasion que celle-ci pour annoncer sa résolution de soumettre aux Chambres un projet de loi sur les Universités.

On a exprimé certaines plaintes au sujet des Universités ; on a dit que dans le passé elles avaient, par leurs privilèges, créé des difficultés à l'Etat et que ces difficultés pourraient renaître. Messieurs, la République ne les redoute pas. Dans notre société démocratique, il ne peut plus s'agir de privilèges et nul ne songe à rétablir ces corps fermés, à juridiction particulière, enclos dans leurs murailles et formant des villes dans les villes et des Etats dans l'Etat. L'indépendance qu'il s'agit de donner, c'est simplement l'indépendance scientifique. L'enseignement public à tous ses degrés doit rester un enseignement national. Et, suivant la forte parole du parlement de Grenoble, les enfants élevés par vous naissent citoyens. Leurs maîtres doivent être des citoyens et ne dépendre que de l'Etat. Il faut que dans les Universités de demain, comme dans les Facultés d'aujourd'hui, l'Etat continue à nommer les maîtres, à approuver les dépenses et à garder sur les études cette haute direction qui est un de ses devoirs. Nous voulons que dans cet enseignement supérieur, qui est et qui doit rester comme le cerveau de la patrie, le sang coule plus rapide et plus généreux ; mais il faut que ce sang soit bien celui de la France même. Il faut qu'il continue à affluer de tous les points de l'organisme, apportant et remportant sans cesse le trésor des sentiments, des idées et des volontés de la nation souveraine.

Messieurs, une autre condition s'impose à nous : l'organisation des Universités nouvelles ne doit pas être œuvre de symétrie artificielle. Il ne s'agit pas de faire rentrer dans un cadre administratif préparé à l'avance toutes les Facultés, tous les établissements d'enseignement supérieur de notre pays ; nous ne désirons pas inscrire un mot au fronton de nos édifices, ajouter une ligne inutile à la nomenclature de nos circonscriptions administratives ; nous voulons une réalité vivante et féconde. Pour qu'une Université soit constituée, il sera nécessaire que certaines conditions se rencontrent, que plusieurs Facultés existent côte à côte, non seulement prospères, mais en plein essor et prêtes à trouver dans leur association un développement nouveau. Comme à la majorité d'un homme la loi lui reconnait les droits du citoyen, de même, lorsque le titre d'Université sera conféré à un groupe d'établissements, l'Etat ne créera pas cette Université, il en reconnaîtra l'existence.

Nous ne pensons pas, Messieurs, qu'une œuvre aussi prudemment entreprise, conduite selon les données de l'expérience, offre pour l'Etat aucun danger. En revanche, quels merveilleux avantages n'avons-nous pas le droit d'en attendre pour la puissance scientifique du pays ?

Partisan, en politique, de l'autonomie communale qui, limitée comme elle doit l'être à l'examen et à la discussion des intérêts communaux, ne peut en rien compromettre l'unité et l'indivisibilité de la Patrie, nous ne voyons aucun danger à l'autonomie des Universités provinciales. L'Etat a le devoir de surveiller leur fonctionnement, d'exiger la réalisation d'un programme minimum d'enseignement. Nous sommes d'autant plus à notre aise, pour formuler cette opinion, que nous l'avons exprimée il y a longtemps, quand il était question de la création des nouvelles Facultés provinciales (1). Les Universités, suivant leurs ressources, pourraient aller au delà de ce programme, multiplier leurs chaires, leurs laboratoires, leurs Instituts. La personnalité civile des Universités étant admise, ces créations seront possibles, grâce aux dons, aux legs, aux subventions qu'elles ne manqueront pas de recevoir. Dans la généralité des cas, le Conseil général des Facultés d'aujourd'hui, devenu Conseil de l'Université, sera toujours un juge bien plus compétent que les bureaux routiniers du Ministère de l'Instruction publique des avantages que peuvent comporter ces créations et des améliorations à introduire dans leur Université.

(1) *Progrès médical*, 1874. Discussion du rapport de M. Paul Bert à l'Assemblée nationale, sur la liberté de l'enseignement supérieur. N°s 21, 22, 23, 26, 27.

Nous avons la conviction que l'autonomie des Universités aura encore parmi ses résultats celui de nous sortir d'un moule uniforme et dangereux, de maintenir ou mieux d'étendre notre originalité, d'exciter l'émulation des Universités et d'encourager les grandes villes, qui sont le siège de Facultés ou celles qui voudraient en créer, à faire les sacrifices nécessaires.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette grande réforme lorsque le projet de loi annoncé par M. Léon Bourgeois sera présenté au Parlement. Nous avons la ferme conviction, connaissant l'esprit large et libéral de notre Ministre de l'instruction publique, que ce projet répondra aux aspirations des partisans d'une véritable décentralisation et qu'il sera digne de son éminent auteur.

En terminant, nous avons le devoir, très agréable à remplir, de remercier le corps médical de Montpellier de l'accueil si sympathique qu'il a fait au Directeur du *Progrès Médical*. BOURNEVILLE.

Congrès des Sociétés savantes.

Le mardi 27 mai 1890, le *Congrès des Sociétés savantes* de Paris et des départements s'est ouvert à une heure et demie dans le grand amphithéâtre de la vieille Sorbonne, sous la présidence de M. Alph. Milne-Edwards, vice-président de la section des sciences et du Comité des travaux historiques et scientifiques. Etaient présents parmi les notabilités du monde scientifique et du monde médical : MM. Gréard, Xavier Charmes, Himly, Mascart, vice-amiral Jurien de la Gravière, Levasseur, Alex. Bertrand, Fr. Passy, Bouquet de la Grye, Léon Vaillant, docteur Hamy, Renou, Cartailhac, docteur Plicque, docteur Ledé, Dupuy, docteur de Montessus, Cotteau, etc., etc.

M. Alph. Milne-Edwards a pris la parole et a prononcé l'allocution d'usage.

Voici la composition des Bureaux des sections d'ordre scientifique. — *Archéologie*. Président : M. Ed. Le Blant. Vice-présidents : M. Chabouillet, M. A. de Barthélemy. Secrétaire : M. R. de Lasteyrie. — *Sciences*. Président : M. Berthelot. Vice-présidents : MM. Mascart, Alph. Milne-Edwards, Darboux, Le Roy de Méricourt. Secrétaires : MM. Angot, Vaillant. — *Géographie historique et descriptive*. Président : M. le vice-amiral Jurien de la Gravière. Vice-présidents : MM. Alex. Bertrand, Bouquet de la Grie. Secrétaire : M. le docteur Hamy. — Les assesseurs ont été pris parmi les délégués présents aux réunions.

La séance a été levée à deux heures, et les différentes sections se sont réunies dans les locaux qui leur avaient été affectés.

Leçons cliniques de Dermatologie (*Hôpital Saint-Louis*). M. le Dr Hallopeau.

M. HALLOPEAU a repris, samedi dernier, à la salle des Conférences du Musée de St-Louis, ses leçons cliniques de Dermatologie et de Syphiligraphie. Il a montré comment, en dehors des types cliniques les plus habituels qu'il compte faire défiler sous les yeux de ses auditeurs, on rencontrait dans ce riche milieu d'études les cas les plus rares des affections cutanées, voire même des cas non encore décrits. Il a, pour sa part, dans ces dernières années, appelé l'attention des dermatologistes sur un certain nombre d'affections cutanées nouvelles ou peu connues et il a rappelé ses communications sur la dermatite chronique pustuleuse à progression excentrique, sur l'asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurée, sur la forme végétante et atrophique du pemphigus, la forme scléreuse et atrophique du lichen plan, etc., etc. A St-Louis, plus que partout ailleurs, ces cas rares peuvent être étudiés à côté des maladies que l'on rencontre chaque jour dans la pratique courante. M. Hallopeau a étudié ensuite cet état pathologique des cheveux, ou pour mieux dire des poils, ainsi qu'il l'a bien montré, auquel il a donné le nom d'aplasie moniliforme ; puis il a terminé sa leçon en présentant quelques malades atteints d'affections les unes typiques, les autres peu connues. C'est là une pratique commune aux médecins de l'hôpital St-Louis et qui est excellente, parce qu'elle permet aux étudiants de comparer dans la même séance les principaux types dermatologiques : pour étudier les affections de la peau il ne suffit pas d'ouvrir un traité didactique ; il faut voir beaucoup de malades, les voir et les toucher.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

(28-30 *mai* 1890).

A. — Section des Sciences médicales.

Séance du mercredi 20 *mai* 1890.

Présidence de M. le Dr LE ROY DE MÉRICOURT. — M. FABRE, assesseur. — M. LEDÉ, secrétaire.

M. B. DUPUY fait une communication sur les *glucosides*. Ces corps, avec les alcaloïdes et les acides organiques, résument les applications de la chimie à la physiologie et à la toxicologie. Ce sont eux qui ont permis de substituer à l'action de la plante médicinale elle-même un principe dont les effets peuvent être dosés mathématiquement.

M. le Dr DE LARABRIE, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, lit une note sur les *tumeurs du genre épithéliome*, étude faite en collaboration avec M. A. Malherbe. Cette note porte surtout sur certaines variétés d'épithéliome qui ont été plus particulièrement l'objet des études microscopiques des auteurs. C'est l'épithéliome calcifié dont M. A. Malherbe a, le premier, fait connaître un assez grand nombre de cas en faisant ressortir la bénignité de ces tumeurs, l'état calcifié de leurs cellules épithéliales et leur développement par transformation des cellules géantes ou par envahissement des cellules épithéliales par la calcification. C'est l'épithéliome polymorphe, qui a pour siège le plus fréquent les glandes salivaires et les glandules de la bouche. Exceptionnellement on en a observé dans la peau. La caractéristique de ces tumeurs est le polymorphisme de la trame conjonctive qui peut présenter, outre du tissu fibreux, des tissus muqueux, cartilagineux ou même osseux. L'épithéliome polymorphe présente une marche clinique spéciale : tant que l'élément épithélial est peu important ou étouffé par l'élément conjonctif de la trame, les allures cliniques en sont bénignes. Mais, sous l'influence de l'âge, de contusions multiples, etc., l'élément épithélial peut reprendre l'avantage et alors, après plusieurs années d'évolution bénigne, il prendra tous les caractères du cancer.

M. le Dr Paul BLOCQ lit un travail sur la *grippe et les maladies du système nerveux*. Des observations produites, il a pu conclure que la grippe avait affecté des rapports importants avec diverses névropathies. 1° Certaines affections nerveuses sont véritablement grippales, en ce sens qu'elles peuvent être considérées comme des localisations spéciales de l'influenza sur le système nerveux. 2° Un autre groupe dépend également de la grippe, mais cette fois secondairement. Ce n'est pas la grippe elle-même, mais des infections secondaires qui ont déterminé les névropathies. 3° Dans une troisième et dernière catégorie, enfin, prennent place les névropathies à l'égard desquelles la grippe a seulement joué le rôle d'agent provocateur, soit qu'elle ait déterminé le retour agressif d'une affection nerveuse ancienne et auparavant amendée, soit qu'elle ait produit l'éclosion d'accidents nerveux chez des prédisposés.

M. LE PRÉSIDENT confirme les faits énoncés par M. P. Blocq ; il rapporte des observations analogues à celles citées, et, rappelant la discussion de l'Académie de médecine, expose qu'il n'y a eu aucune atteinte de dengue ; que, dans cette dernière affection, il y a une éruption générale se produisant en deux périodes, tandis que, lors de la dernière épidémie de grippe à Paris, il n'y a jamais eu d'éruption analogue à celle de la dengue.

M. le Dr Ch. LIVON, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, fait une communication sur l'*action de l'excitation des récurrents sur la glotte*. D'après ses expériences, appuyées par des tracés graphiques très nets, les excitations faibles ou moyennes de 18 à 20 interruptions à la seconde, donnent des contractions rythmiques de la glotte avec dilatation. Si, le courant conservant la même intensité, on augmente le rythme, 25 à 30 et au-dessus, à la seconde, l'occlusion complète se produit immédiatement. Ces résultats sont toujours identiques, que l'on fasse varier pendant une même expérience le rythme ou l'intensité du courant. On peut donc, en modifiant le rythme des excitations portées sur les nerfs récurrents, obtenir des effets distincts de dilatation ou d'occlusion. Mais la dilatation se produit toujours avec des contractions musculaires isochrones aux excitations.

M. le Dr FABRE (de Commentry), membre correspondant de l'Académie de médecine, fait une communication sur la *pathologie des houillères*. (Voir *Ac de Méd.*).

M. le Dr MOREAU, de Tours, lit un travail sur la *folie carbonique*. Après avoir signalé les dangers d'un séjour prolongé dans une atmosphère viciée par l'oxyde de carbone, l'auteur étudie la forme, les symptômes et la marche de cette affection, véritable résultat d'un empoisonnement lent ; il appelle l'attention sur le pronostic et le traitement et présente les conclusions suivantes qui résument tout son travail : 1° L'action lente de l'oxyde de carbone sur l'économie provoque une série de troubles intellectuels ayant une marche propre. 2° Cette affection s'observe principalement, mais non exclusivement, chez la femme. 3° Elle est caractérisée par l'absence de toute prédisposition héréditaire, au moins dans la plus grande majorité des cas, par des vertiges, des éblouissements, de l'oppression, des syncopes, des hallucinations de la vue (hallucinations rares dans les genres de folie de cause interne, la folie névrosique exceptée), des hallucinations de l'ouïe, des conceptions délirantes et par une sorte de vague qui enveloppe toutes les pensées d'indécision, de pénible incertitude (obtusion intellectuelle, pseudomonomanie de Delasiauve), enfin par un délire de persécution. 4° Si les accidents ne sont pas trop anciens, si la personne atteinte est jeune, si elle se soustrait à temps à l'influence toxique, la guérison a lieu et les rechutes ne sont plus à craindre. Dans le cas contraire, démence rapide et incurable. 5° L'alcoolisme peut aggraver le délire, mais sans le modifier dans ses caractères fondamentaux. 6° Le traitement consiste dans la soustraction à l'action des gaz délétères, dans une hygiène bien entendue, dans l'emploi des toniques, des reconstituants : Emploi du bromure de potassium et du bromhydrate de quinine, bains tièdes prolongés, affusions vertébrales, etc., dans la période aiguë.

M. MOULÉ, délégué de la Société centrale de médecine vétérinaire, fait une communication sur deux faits assez rares de *manifestation tuberculeuse chez les animaux domestiques* (*Tuberculose musculaire et de la moelle osseuse*). — Le premier cas se rapporte à la tuberculose du porc qui, dans les conditions ordinaires de la vie, semble bien moins sujet que d'autres à contracter l'infection tuberculeuse naturelle. Il s'agit d'une tuberculose musculaire. Dans la masse profonde des muscles de la cuisse, le ganglion poplité était le siège d'une infiltration tuberculeuse, et tout autour le tissu conjonctif intermusculaire était parsemé de granulations miliaires. La recherche des bacilles et l'inoculation expérimentale ont démontré que ces nodules étaient bien de nature tuberculeuse. — Le deuxième cas est curieux par sa rareté chez les animaux domestiques. Il s'agit d'un bovidé dont l'articulation huméro-radiale était le siège d'une altération tuberculeuse. Les tubercules, en grappes nombreuses à l'extérieur, avaient proliféré et pénétré dans le tissu médullaire de l'humérus qu'ils avaient transformé en un véritable stroma fibreux. La nature tuberculeuse de cette lésion a été déterminée par l'examen microscopique et l'inoculation expérimentale.

M. FERRAUD, de Lyon, lit un travail sur la *récupération des terrains des vieux cimetières par amendement de leur sol en prévision de nouvelles sépultures*. Après avoir insisté sur les difficultés et les dépenses considérables qui s'imposent pour choix et acquisition de grands espaces et l'obligation d'en trouver à proximité des grands centres comme pour Lyon, par exemple, il parle des moyens chimiques, artificiels et naturels combinés et nécessairement économiques pour prolonger l'emploi des cimetières vieillis, plus ou moins saturés et devenus impuissants à réaliser la décomposition en temps voulu, c'est-à-dire dans la période quinquennale.

Séance du jeudi 29 mai 1890.

Communications. — M. FABRE : *La grippe à la mine de Commentry* ; — M. DUPUY : *Principes actifs des végétaux* ; — M. BOINET : *La lèpre au Tonkin* ; — M. DE MONTESSUS : *Métrites parenchymateuses, atrophiques et hypertrophiques* ; — M. SPILLMANN : *Du traitement de la syphilis* ; — M. ADRIELLE : *La rage au dix-huitième siècle* ; — M. DOYEN : *Quelques résultats de la méthode antiseptique.*

B. — Section des Sciences physiques et naturelles.

Séance du mardi 27 mai. — PRÉSIDENCE DE M. ALPH. MILNE-EDWARDS.

M. Léon VAILLANT, *secrétaire.*
MM. COTTEAU et SIRODOT, *assesseurs.*
MM. le Dr MONTESSUS et RENAULT, *secrétaires adjoints.*

M. le Dr DE MONTESSUS. — *Itinéraire des oiseaux migrateurs en France.*

M. G. DE LA CHENELIÈRE. — *Note explicative à l'appui de la carte mégalithique.*

M. MUSSET, professeur de botanique à Grenoble, communique les résultats de ses nombreuses observations sur l'*influence fléchissante et directrice de la lumière réfléchie par la lune sur les plantes*. La conclusion de ces observations est qu'un grand nombre de plantes se tournent et s'inclinent vers notre satellite, et en suivent le cours de son lever à son coucher. M. Musset se propose de continuer ses études sur ce qu'il appelle le *sélénétropisme*, afin de chercher si la lumière lunaire n'a pas d'autres influences sur les plantes, entre autres celle de provoquer la formation de la chlorophylle.

M. JARDIN, inspecteur des services administratifs de la marine et des colonies, fait une communication sur la *terre du Gabon*. Ne pouvant donner la nomenclature des espèces végétales de ce pays, il se contente de parcourir à grands traits les principales familles du règne végétal. Il fait remarquer que les plantes oléagineuses sont fort abondantes. Il s'y trouve aussi des espèces vénéneuses, dont les naturels se servent pour leurs épreuves judiciaires.

M. MASCART demande s'il existe au Gabon des plantes susceptibles de fournir la gutta-percha. Il est répondu négativement.

M. JOBERT s'informe auprès de M. Jardin s'il a eu l'occasion d'observer le *Cassia occidentalis*, connu vulgairement au Sénégal sous le nom de Café nègre et dont les noirs font grand usage, comme succédané du café et comme fébrifuge associé aux feuilles de baobab.

M. DÉCAUX, de la Société Entomologique de France, fait remarquer que le *Cassia orientalis*, assez commun au Sénégal, donne une gousse contenant une graine employée en France pour falsifier le vrai café. Cette graine, étudiée par lui pour l'éclosion d'un *Bruchus* nouveau qui vit aux dépens de ce produit, contient un principe malsain pour la santé, et la vente en devrait être interdite.

M. le Dr CARLET, professeur de la Faculté des Sciences de Grenoble. — *Recherches sur les organes sécréteurs et la sécrétion de la cire chez l'abeille.* Elles ont les résultats suivants. La cire s'accumule sous les parties latérales de la moitié antérieure des quatre derniers arceaux ventraux de l'abdomen. Elle n'est produite ni par la couche superficielle ou cuticulaire de ces arceaux, ni par des glandes intra-abdominales, comme on l'a supposé ; mais elle est sécrétée par les cellules étalées en surface d'une membrane spéciale que l'auteur a découverte et appelle *membrane cirière* ; cette membrane est située entre deux feuillets, dont l'un, extérieur, forme la couche superficielle et l'autre, intérieur, le revêtement interne de l'arceau central ; elle se trouve ainsi protégée, comme une gravure encadrée entre le verre et le carton qui recouvrent ses deux faces. La substance cireuse traverse la couche superficielle pour venir s'accumuler au dehors. Ce passage de la cire à travers

l'épaisseur de l'arceau, admis par les auteurs qui croyaient à l'existence de glandes cirières intra-abdominales, est aujourd'hui démontré expérimentalement par M. le Pr Carlet.

M. Dangeard, à propos de l'usage qu'en a fait M. Carlet, insiste sur l'utilité comme réactif colorant de l'encre ordinaire pour la démonstration du flagellum des *Cryptomonas*.

M. Perez demande si l'organe sécrétant la cire chez les Mélipones est de même ordre que celui qui vient d'être décrit chez l'abeille.

M. Carlet répond n'avoir pas encore eu l'occasion de faire cette étude.

M. Perez fait une communication sur *deux types nouveaux d'hyménoptères parasites*. M. Perez a déjà montré que les *Psithyrus*, parasites des bourdons, sont des bourdons modifiés ; les sphécodes, parasites des halictes, des halictes modifiés. Le parasite ne diffère du récoltant que par l'absence d'organe de récolte. De même, parmi les gastrilégides, le genre *Anthidium* a fourni le groupe des stélides ; le genre *Megachile* le groupe des cœlioseydes et nomadines. Un type nouveau de parasites se rattache, de la même manière, au genre *Osmia*, autre genre de gastrilégides. Des rapports analogues existent parmi les fouisseurs entre le genre *Ceropales* et le genre *Paupilus*, dont il est le parasite. Le *Ceropales* poursuit le paupile, déjà possesseur d'une araignée, et pond sous le thorax de celle-ci un œuf, substitué par avance à celui du paupile.

Séance du 28 mai 1890.

M. Leclerc du Sablon fait la communication suivante sur le *sommeil des feuilles*. La structure des renflements moteurs des feuilles peut, dans une certaine mesure, servir à expliquer les mouvements de ces feuilles. Ces mouvements ne sont pas seulement dus à la turgescence plus ou moins grande des cellules, mais encore aux propriétés des parois cellulaires, qui absorbent plus d'eau et ont une élasticité plus grande sur la face convexe que sur la face concave.

M. Musset demande si les modifications anatomiques dont il vient d'être question sont générales ou s'appliquent seulement à l'*Oxalis*, qui a été pris pour type ; il se demande si pour la sensitive ces explications sont admissibles.

M. Sirodot appuie ces restrictions, les phénomènes qu'on observe sur cette dernière plante étant d'un ordre tout à fait spécial.

M. le Dr Lemoine, de l'Académie nationale de Reims, met sous les yeux des membres de la section une série de *pièces relatives à l'oreille interne des mammifères fossiles* des environs de Reims, dont l'ancienneté toute spéciale vient d'être démontrée depuis qu'on a pu les comparer aux Mammifères crétacés récemment découverts en Amérique.

M. Décaux, de la société entomologique de France, fait connaître le résultat de ses études entreprises à l'Exposition universelle de 1889 sur les *insectes qui attaquent les substances alimentaires*. Il a obtenu dans les différentes sections un nombre considérable de produits alimentaires infestés d'insectes dont il a pu suivre l'éclosion. Les plus nombreux et les plus nuisibles seraient les *Bruchus*, les *Sitophilus*, l'*Acrolepia assectella*. Le sulfure de carbone paraît être l'agent le plus efficace pour la destruction des insectes.

M. Alph. Milne-Edwards rappelle les expériences de Doyère sur l'emploi des gaz asphyxiants appliqués à la destruction des insectes et l'utilité de se servir de ces produits à dose très minime.

M. Ernest Olivier signale un hyménoptère qui vit dans les sarments vivants de la vigne et qui commettra certainement des dégâts importants s'il continue à se répandre.

M. le Dr Paquelin fait fonctionner un *sécateur pour la vigne et les arbustes*, basé sur le principe du thermocautère. Il montre un *couteau pour l'autopsie des grands animaux*, un *composteur pour marquer les cornes des ruminants*. Il rappelle, comme appartenant à la même série, le *cautère vétérinaire à aiguille*, à pointe, à raies, qui a été adopté par le ministère de la guerre.

M. Cotteau. — *Nouveaux échinides vivants et fossiles*.

M. Jobert. — *Recherches pour servir à l'histoire des Mollusques acéphales*.

M. Blondlot. — *Sur une loi élémentaire de l'induction électro-dynamique*.

M. Vernanchet. — *Différentes communications sur l'aérostation*.

M. Gourret. — *Création et travaux de la station zoologique d'Endoume-Marseille*.

Ordre du jour du jeudi 29 mai 1890.

M. de Montessus. — *Étude des migrations des oiseaux*.

M. Gorgen. — *Production artificielle de plusieurs minéraux*.

M. Sirodot. — *Variations du système dentaire des éléphants du gisement quaternaire du Mont-Dol (Ille-et-Vilaine)*.

M. Renault. — *Sur une nouvelle espèce de Botryoptéridée*.

M. Lasne. — *Les climats aux époques géologiques*.

M. Marcel Baudouin, de la part de M. Gaillard. — *Monuments mégalithiques et sépultures néolithiques du canton de Quiberon* (carte et texte explicatif).

M. Bouvier. — *Sur l'organisation des Paguridés*.

M. Ser, de la part de M. Albespy. — *Recherches sur l'influence que peut exercer sur la taille et les autres caractères physiques des populations la nature des terrains crétacés et terrains primitifs*.

M. Joubin. — *Structure de l'appareil respiratoire des Nautiles*.

M. Blondlot. — *Sur une loi élémentaire de l'induction électro-dynamique*.

M. Hureau de Villeneuve. — *Conditions de l'équilibre dans le vol des oiseaux*.

M. Roché. — *Réservoirs aérifères des oiseaux*.

M. H. Fol. — *L'éponge du littoral niçois*.

(*A suivre*). M. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séances du 23 et du 24 mai 1890.

Rhinolithes.

M. le Dr Noquet présente les fragments d'une rhinolithe qu'il a enlevée chez un malade âgé de 18 ans. Ce jeune homme répandait une odeur très fétide comparable à celle de la rhinite atrophique. L'os propre droit du nez était dévié en dehors. Il existait aussi du larmoiement de ce côté. A l'examen, M. Noquet constata la présence d'une rhinolithe occupant tout le méat moyen, ainsi que l'espace compris entre la cloison et les cornets inférieur et moyen. Après avoir anesthésié la muqueuse avec une solution de cocaïne, M. Noquet écrasa cette rhinolithe au moyen d'une pince. Un des fragments renfermait dans son milieu un morceau de soie replié sur lui-même, en forme de tampon, que le malade avait dû introduire autrefois dans sa fosse nasale, pour arrêter une hémorrhagie. A la suite de cette extraction, l'odeur et le larmoiement disparurent ; le nez reprit son aspect normal.

M. le Dr Ruault présente aussi *trois calculs* dont le premier provenait de la fosse nasale gauche d'une dame âgée de 62 ans, il occupait la partie moyenne du plancher entre la cloison et le cornet inférieur ; le second avait été extrait de la fosse nasale d'une dame âgée de 35 ans ; et le troisième provenait de la fosse nasale droite d'un jeune homme âgé de 24 ans. Chez ces deux premiers malades, la fosse nasale était obstruée depuis trois ans; chez le dernier, le calcul avait refoulé la cloison du côté opposé, de sorte que l'obstruction était bilatérale; ce calcul s'était développé autour d'un noyau de cerise. Ces différents calculs avaient déterminé des céphalalgies et des bourdonnements d'oreille, mais ni accès d'asthme, ni spasme glottique, ni toux quinteuse.

De l'auscultation du diapason-vertex et de l'audition par le sujet au moment de la déglutition.

M. le Dr Gellé fait remarquer qu'en appliquant le diapason vibrant sur le vertex, le son s'éteint au moment de la déglutition chez l'individu sain. L'observateur peut se rendre compte de ce fait avec le tube stéthoscope. Il est des cas où les deux observateurs disent éprouver des sensations concordantes ; d'autres fois des sensations absolument opposées. Dans les otites hyperplasiques, ainsi que dans les surdités nerveuses, la concordance des résultats positifs peut exister comme à l'état normal. Dans les cas où il y a concordance des résultats négatifs, il y a une otitisation du tympan ou des osselets. Y a-t-il discordance entre les résultats de l'audition du diapason-vertex et ceux que l'auscultation otoscifique donne par la déglutition, on peut en conclure, si le médecin a constaté que la déglutition altère l'intensité du son perçu, que le tympan a conservé sa mobilité et son élasticité, mais que l'étrier est fixe et immobile. Par une autre série d'expériences, l'auteur a pu mettre en activité le muscle interne du marteau par la contraction des masticateurs et des peauciers de la face ; il use de ces excitations synergiques pour étudier le degré de conservation de l'action de ce muscle ou de sa parésie.

Otites moyennes et grippe.

M. le Dr Menière a observé 57 cas d'otite moyenne durant

l'épidémie de grippe. La plupart du temps, les accidents locaux et généraux ont été très nets dès le début avec périostite du conduit dans nombre de cas. Dans la grande majorité des cas, la guérison est survenue avec intégrité du tympan et des fonctions auditives. L'auteur a fait usage d'injections d'eau chaude additionnée de coaltar Le Bœuf; il n'a pas eu l'occasion d'avoir recours à la trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. le Dr Moure a vu de nombreux abcès intra-mastoïdiens qui ont dû survenir primitivement, sans que la caisse ait été atteinte tout d'abord. L'auteur a vu quelques cas d'abcès du cervelet et de phlébite des sinus dus à des otites moyennes suppurées. La trépanation de l'apophyse n'a pu éviter ces complications dangereuses.

M. le Dr Suarez de Mendoza a vu survenir de nombreuses complications du côté de l'apophyse mastoïde chez les enfants non soignés ou encore incomplètement traités.

Surdité labyrinthique consécutive à la grippe.

M. le Dr Lannois a vu deux cas de surdité complète qui lui ont permis d'admettre que la grippe, comme toutes les maladies infectieuses, peut atteindre l'oreille interne.

M. Boucheron croit que le labyrinthe n'a pas été affecté d'inflammation aiguë; il pense que toute l'affection a consisté en compression avec annulation momentanée de la fonction qui pouvait devenir définitive si la compression labyrinthique ne cessait pas.

Corps étranger de la bouche produisant des accidents auriculaires.

M. le Dr Wagner a vu un enfant de 9 mois offrant un écoulement de l'oreille avec polypes. Cette affection était survenue à la suite d'un traumatisme par enfoncement d'un morceau de bois dans le fond de la bouche. Tous ces accidents qui duraient depuis dix mois disparurent à la suite de l'extraction du corps étranger qui était venu se loger en arrière et au-dessous, à cinq centimètres du conduit auditif.

Mutisme hypnotique; guérison par la suggestion pendant le sommeil hypnotique.

M. le Dr Charazac rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de mutisme qui se produisit chez elle à titre d'accident hystérique monosymptomatique. Quelques jours auparavant cette malade avait avalé une aiguille qu'elle croyait logée dans l'hypochondre gauche, siège d'une vive douleur. Après une première suggestion, la malade parla pendant deux jours; mais l'aiguille et la douleur n'étaient que déplacées, au dire de la malade. Dans une seconde séance d'hypnotisme, l'auteur fit une injection hypodermique de morphine au point douloureux; depuis tout est rentré dans l'ordre.

Des végétations adénoïdes.

M. Raulin a observé un certain nombre de tumeurs adénoïdes chez des personnes âgées. Ces tumeurs datent de l'enfance. Elles occasionnent peu de troubles respiratoires qui paraissent plutôt dus à la congestion du tissu caverneux des cornets.

M. Boucheron a vu 6 cas de fente de la voûte palatine chez les malades atteints de tumeurs adénoïdes. Si on devait établir une relation de cause à effet entre ces deux affections, il faudrait admettre que le développement de la tumeur adénoïde a empêché chez l'embryon la soudure du palais et a déterminé une brièveté anormale de la voute palatine et des cornets.

M. le Dr Cartaz a vu plusieurs cas d'hémorrhagie à la suite de l'ablation des tumeurs adénoïdes. L'une de ses malades était au moment de ses époques menstruelles et elle ressentait de vives douleurs au ventre. Ce sont des hémorrhagies en nappe qui se produisent surtout quand les tumeurs ont une consistance fibreuse. Une injection de liquide chaud et astringent ou le tamponnement de naso-pharynx arrête l'hémorrhagie.

Raréfaction et condensation progressives et manométriquement évaluées de l'air du conduit externe.

M. le Dr Suarez de Mendoza recommande l'emploi d'une pompe reliée à un manomètre liquide gradué en centièmes d'atmosphère, pour faire une raréfaction méthodique et progressive, et enregistrer la force des appareils servant à la raréfaction ou à la condensation de l'air dans le conduit externe.

M. Miot ne croit pas qu'il soit utile de surveiller avec soin les premiers. Au lieu d'employer l'appareil de Delstanche, on peut se servir d'une poire en caoutchouc, sans manomètre, et on évite ainsi tout accident.

M. Moure ne croit pas que l'emploi de l'appareil de Delstanche puisse donner une amélioration sensible dans la sclérose.

Spasmes œsophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale.

M. le Dr Joal a vu disparaître les accès spasmodiques de l'œsophage par la destruction, au galvano-cautère, de l'amygdale linguale hypertrophiée.

Influence de l'excitation électrique sur la latéralisation du diapason-vertex.

M. Corradi est partisan de l'ancienne théorie qui admet que l'expérience positive de Weber (latéralisation du sac du côté malade) dépend de conditions morbides dans l'appareil de transmission. Le nerf auditif est-il au contraire intéressé, l'épreuve est négative du côté malade. J. B.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mai 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Féré. — *Sur l'action du bromure de potassium chez les épileptiques.* En donnant le bromure dans l'épilepsie dite symptomatique, on diminue ou même on peut supprimer les accès, sans que la lésion initiale soit sensiblement modifiée. Il en est de même dans l'épilepsie idiopathique avec gliose cérébrale; le symptôme est modifié sans que la lésion change. Je viens d'observer un malade chez lequel le remède avait complètement arrêté les accès très nombreux auparavant. Il mourut sans avoir présenté d'accès depuis deux mois. A l'autopsie, nous avons trouvé l'induration classique de la corne d'Ammon; celle d'une olive du bulbe, et, dans tout le reste de l'écorce cérébrale, à un degré moins marqué, cette sclérose névroglique qui a été décrite par M Chaslin sur des sujets de mon service. La lésion était donc restée la même, et la sclérose paraît agir comme les lésions localisées; les deux épilepsies, symptomatique ou idiopathique, se comportent donc de même vis-à-vis du médicament.

M. Brown-Séquard a aussi remarqué que l'épilepsie symptomatique était plus rapidement curable que l'idiopathique.

M. Féré. — *La fatigue et l'hystérie expérimentale: essai d'une théorie physiologique de l'hystérie.* On observe à l'état normal, chez les sujets fatigués, un certain nombre des phénomènes, amyesthésie, anesthésie, excitabilité, etc., qui caractérisent l'hystérie au point de vue objectif. Le tracé produit par la contraction du muscle fatigué présente les mêmes secousses qu'on retrouve chez l'hystérique; l'hyperexcitabilité musculaire produite par une excitation sensitivo-sensorielle, lumière ou son, peut s'obtenir chez les sujets fatigués à un degré semblable à celui qu'on trouve chez l'hystérie. Les associations des mouvements musculaires et les contractions parallèles se retrouvent également développées dans les deux cas, en sorte qu'au point de vue des phénomènes somatiques, enregistrés par le dynamographe ou par l'ergographe de Mosso, l'état de fatigue se rapproche notablement de l'état hystérique.

M. Raillet. — J'ai eu l'occasion d'observer sur les oies domestiques une affection caractérisée par la présence de *Psorospermies dans le rein.* Ces parasites siègent dans les tubes urinifères; elles sont arrondies et à double contour, à l'état adulte, comme les Coccidies du lapin. On les voit sur les coupes se substituer à l'épithélium des tubes rénaux, dont elles obstruent la lumière. Elles paraissent se transmettre par l'eau et les milieux humides, mais on n'a pu les cultiver.

M. Retterer expose ses recherches sur le *développement du périnée*, le cloisonnement du cloaque et la formation

de l'anus et du raphée périnéal. Ce raphé serait dû à la présence des muscles rétracteurs de la verge des animaux, qui n'existent pas chez l'homme.

M. LAGUESSE montre des dessins qui prouvent la *présence de vaisseaux sanguins dans un épithélium*, celui de l'intestin d'un poisson assez rare, le *Protopterus*. Les cellules intestinales sont extrêmement développées, et entre elles circulent des vaisseaux qui ne sont pas entourés de gaines conjonctives. M. Mathias-Duval pour le placenta, M. Ranvier pour l'organe de Corti ont déjà noté la présence de vaisseaux dans l'épithélium.

M. MATHIAS-DUVAL. — Les épithéliums fenêtrés et remaniés par les vaisseaux sont, en effet, assez rares, surtout dans les membranes de résistement; la communication de M. Laguesse qui nous signale un fait nouveau dans cet ordre d'idées est donc des plus intéressantes.

M. REGNARD. — Les recherches sur la *pénétration de la lumière dans l'eau* sont de date assez récente; Forel, de Genève, imagina le premier de descendre dans l'eau des plaques photographiques sensibles et de voir jusqu'à quelle profondeur elles étaient impressionnées. Fol et Sarazin opérèrent ensuite dans la Méditerranée, en se servant d'un appareil à déclanchement qui permettait d'exposer la plaque à une profondeur donnée. Ils constatèrent ainsi que les plaques sensibles ordinaires au gélatino-bromure n'étaient plus impressionnées au delà de 400 mètres de profondeur. J'ai repris ces expériences à Monaco avec l'aide de la pile au sélenium. On sait que le sélenium oppose une résistance considérable au passage du courant électrique quand il est situé dans l'obscurité et que cette résistance diminue extrêmement quand il est éclairé. Il s'ensuit des variations que le galvanomètre inscrit, et, en supposant que l'on descende dans l'eau une pile au sélenium, on peut ainsi chiffrer au moyen des déviations de l'aiguille galvanométrique la diminution de la lumière. C'est ainsi que j'ai opéré et j'ai constaté que la pile descendue à 1 mètre seulement de profondeur dans la mer recevait moitié moins de lumière qu'à la surface.

M. CHARRIN. — J'ai continué, avec M. GAMALÉIA, mes recherches *sur l'action des produits solubles sur les animaux vaccinés ou non*. Pour les doses massives, les animaux se conduisent de même, qu'ils soient vaccinés ou non. Cela est vrai pour les produits solubles des bacilles ou vibrions de Gessard, de Metchnikoff et de Koch. Mais, avec les doses faibles et sur le lapin, on constate que les animaux vaccinés et rebelles à l'infection se montrent plus sensibles à l'intoxication que les autres. En plaçant dans le tissu cellulaire des animaux, dans le foyer même d'infection des produits solubles, des cellules de Hesse, destinées à recueillir les leucocytes, on voit qu'ils se montrent aussi abondants dans les deux séries d'animaux. Il faut donc s'en tenir à la première expérience, qui montre l'absence de parallélisme entre l'infection et l'intoxication.

M. ACHARD, en son nom et au nom de M. LANNELONGUE, fait une communication *sur les microbes de l'ostéomyélite de l'enfance*. A côté du Staphylocoque doré qu'on trouve le plus souvent dans ces cas, on peut rencontrer parfois le Streptocoque, qui a été trouvé deux fois sur seize, et chez des enfants en bas âge dont les mères avaient eu des accidents puerpéraux. D'autre part, on peut provoquer l'ostéomyélite juxta-épiphysaire sur de jeunes lapins par l'injection intra-veineuse de cultures pures de Streptocoques, sans contusion préalable des os et des articulations. L'infection par le streptocoque diffère de celle qu'on obtient par le staphylocoque, au point de vue expérimental et au point de vue clinique. Chez les lapins, il ne produit pas d'abcès du rein; il provoque surtout des arthrites. Chez l'homme, il s'accompagne souvent d'érysipèle. Les ostéomyélites à streptocoques sont d'ailleurs moins fréquentes que les autres. Mais elles n'ont pas les caractères différentiels qu'ont cru devoir leur assigner MM. Courmont et Jaboulay dans une note récente.

M. GLEY dépose une note de M. CHARPENTIER, de Nancy, sur *le rapport réciproque des sensations de poids et des mouvements associés*. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. LE PRÉSIDENT ouvre un pli cacheté déposé le 19 janvier dernier, par M. le Dr BERTIN, de Nantes, et M. PICQ, vétérinaire, au sujet du *vaccin de chèvre*. Ces expérimentateurs ont commencé, depuis le 4 novembre 1889, des expériences pour démontrer que le vaccin humain peut être transporté sur la chèvre. Ils comptent continuer leurs recherches pour savoir si la tuberculose peut être transportée à l'homme par le vaccin de génisse; si le vaccin de génisses rendues tuberculeuses peut produire la tuberculose; si enfin la chèvre, qui est réfractaire à la tuberculose, peut servir de sujet pour rendre certains animaux, susceptibles de contracter facilement la tuberculose par voie d'injections, réfractaires à la tuberculose développée chez eux expérimentalement.

M. LABORDE fait une communication sur *la syncope expérimentale dans la chloroformisation* combattant l'assertion formulée anciennement par M. Verneuil, qu'on ne peut reproduire la mort par syncope chez les animaux, et conclure par conséquent des expériences de laboratoire à ce qu'on observe chez les malades. Eh bien, le lapin et le chien sont certainement sujets à la syncope chloroformique, ainsi qu'on s'en rend compte en leur appliquant un pneumographe et un cardiographe, dont on voit s'arrêter les mouvements du style dès qu'on les chloroformise. Si on coupe alors le trijumeau d'un côté, les vapeurs de chloroforme cessent d'avoir une action d'arrêt de ce côté. Il s'agit donc d'une action irritante sur la pituitaire et d'un réflexe du trijumeau.

M. VERNEUIL maintient son opinion qu'on ne peut appliquer aux malades les conclusions des expériences de laboratoire, et qu'on n'est pas plus avancé aujourd'hui pour prévenir et guérir les accidents de la chloroformisation. Il s'appuie aussi sur ce fait qu'on n'observe pas chez les animaux des lésions pulmonaires ou cardiaques, qui chez l'homme sont des causes d'accidents et de contre-indication du chloroforme, et demande si on observe des cyanoses brusques dès la première bouffée de chloroforme chez les animaux!

M. LABORDE répond que oui, qu'il s'agit de spasmes glottiques, et que, en ce qui concerne les lésions pulmonaires ou cardiaques, il est facile de les reproduire expérimentalement chez les animaux, et d'avoir ainsi des résultats comparables avec ceux qu'on a chez l'homme.

M. VERNEUIL rejette aussi les associations qu'on a conseillées pour la chloroformisation, telles que la morphine et l'atropine qui lui paraissent funestes et dangereuses.

M. LABORDE se propose de montrer sous peu des expériences convaincantes, qui prouveront comment éviter et combattre les accidents.

M. FABRE (de Commentry) lit un travail sur la *pathologie des houillères*. — Les maladies auxquelles sont sujet les ouvriers qui travaillent dans les mines proviennent de l'humidité, du manque d'hygiène, des émanations délétères, de l'abondance des poussières et aussi de la chaleur trop élevée. Aujourd'hui, grâce à une meilleure ventilation, grâce à la substitution des chevaux aux hommes pour traîner les charges, l'hygiène des houilleurs est très améliorée. L'entrée des galeries est également interdite aux femmes et aux enfants en bas âge, ce qui contribue encore à l'améliorer, en même temps que la suppression de la descente et de la montée dans les puits par des échelles fixes. Aussi ne peut-on pas dire qu'il y ait, à proprement parler, de maladies spéciales aux mineurs. Quand il en survient, c'est par suite de conditions spéciales plus ou moins prolongées. Les propriétaires de mines doivent donc, pour éviter cela, établir entre les ouvriers un roulement d'autant plus rapide que le lieu du travail est plus malsain.

M. TARNIER présente un enfant de 8 jours, qui dès la naissance offrait sur la partie latérale du cou un *kyste séreux*, probablement multiloculaire, dur, transparent au

moment de la naissance où il avait le volume de la tête de l'enfant, et qui depuis s'est affaissé et ramolli.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur le travail de M. Commenge (de Paris). — *Recherches sur les maladies vénériennes dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementée à Paris de* 1878 à 1887.

L'Académie se réunit en comité secret pour la lecture du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est établie ainsi : *en 1re ligne*, M. Cadet de Gassicourt; *en 2e ligne* et *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet ; *en 3e ligne*, M. Kelsch. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 *Mai* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Dumontpallier annonce à la Société la mort de M. Siredey et donne la parole à M. Féréol.

M. Féréol donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Siredey.

La *Correspondance* comprend un mémoire pour le concours pour le prix proposé au meilleur travail sur l'alimentation des jeunes enfants.

M. Dumontpallier propose de remettre à la prochaine séance la nomination d'un membre de la commission de ce prix en remplacement de M. Blachez, décédé.

M. Sevestre rapporte l'observation de *péritonite à pneumocoques* à laquelle il a été fait allusion dans la séance précédente. Il s'agissait d'une enfant de 8 ans qui fut prise subitement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite et de vomissements. Pouls très rapide, incomptable ; bientôt survient de la tuméfaction du ventre qui se localise au côté gauche, et, le 4 juin, offre l'aspect d'une tumeur rénitente. Fièvre modérée. La température axillaire oscille entre 38° et 39°. Pensant à une péritonite à pneumocoque, M. Sevestre pria M. Lucas-Championnière de faire une ponction qui donna issue à quatre litres de pus à pneumocoques. L'enfant guérit parfaitement. Cette observation est l'une des deux premières publiées.

M. Féréol présente un homme de 32 ans qui paraît atteint d'une *atrophie musculaire d'origine hystérique*. Il rappelle qu'il a été le premier à signaler à la Société un cas de ce genre, le 7 novembre 1885. Le père de ce malade est mort tuberculeux ; la mère paraît avoir eu des accidents nerveux ; ses enfants sont morts en bas âge de méningite. Il a, pendant son enfance, présenté des convulsions. D'un caractère très impressionnable, il a récemment éprouvé de grands malheurs, perdant coup sur coup sa femme, deux enfants et une partie de sa fortune. Il s'est alors mis à boire de l'absinthe. Trois mois après, première attaque épileptiforme, en juillet 1888 et les mois suivants plusieurs attaques identiques. Le malade renonça alors à ses habitudes alcooliques. Mais, remarquant que ses forces déclinaient, il entra à l'hôpital. Là, on constata une hémianesthésie gauche, une abolition du réflexe pharyngien, une diminution du champ visuel à gauche, une diminution de l'ouïe, de l'odorat et du goût du même côté. Si on fait marcher le malade, il vacille et se dirige obliquement à droite. L'occlusion des paupières augmente l'intensité de ce phénomène. Il présente en outre une atrophie des muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras gauches. La main est indemne. Il présente plusieurs zones hystérogènes.

M. Raymond demande si les muscles présentent la réaction de dégénérescence.

M. Féréol. — Ces recherches n'ont malheureusement pas pu être faites. Il y a lieu de se demander s'il ne faut pas voir autre chose chez ce malade sous l'hystérie mâle.

M. Laveran lit une note sur le *traitement de la pleurésie purulente*. Le traitement préconisé par M. Fernet a déjà été mis en pratique par Aran (1853) et Baelz (1880). D'après des essais personnels, cette méthode semble inefficace dans la plupart des cas, et elle peut être l'origine de complications. La plèvre n'est presque jamais complètement débarrassée et il faut recourir à la thoracotomie qu'on pratique alors dans de mauvaises conditions. La thoracotomie n'est pas toujours suffisante et il faut, d'après un certain nombre de chirurgiens, y joindre la résection d'une côte et le drainage de la plèvre pour bien nettoyer celle-ci. La thoracotomie paraît indiquée dès que le diagnostic de pleurésie purulente est établi, surtout s'il s'agit de pleurésie à streptocoques. Dans la pleurésie à pneumocoques la thoracotomie est indiquée si, après une ou deux ponctions, le pus se reproduit rapidement. Le traitement par les ponctions répétées, suivies d'injections antiseptiques, paraît devoir être réservé aux pleurésies enkystées difficiles à atteindre par la thoracotomie, comme c'était le cas pour le malade de M. Fernet. Le sublimé et le naphtol présentent des inconvénients. Le sublimé est très toxique et peut provoquer des accidents même après lavage de la plèvre (Obs. de Delorme). Lorsqu'on injecte dans la cavité pleurale la solution alcoolique de naphtol de Bouchard, cette substance doit se précipiter rapidement, formant une magma insoluble dans la partie déclive. Le crésyl paraît préférable. Une émulsion à 4 0/0 de cette substance tue le streptocoque. Elle se mélange très bien au pus et se résorbe difficilement. Son action est donc persistante. Avec 10 ou 15 grammes de crésyl on désinfecte parfaitement la plèvre. Au point de vue de la prophylaxie, et réserve faite des pleurésies purulentes qui dépendent d'une affection générale (fièvre puerpérale, septicémie, tubercose, etc.), la pleurésie purulente se développe toujours sous l'influence de microbes qui parviennent à pénétrer dans la plèvre. Il faut donc : 1° Eloigner des pleurétiques les malades qui suppurent ou qui sont atteints d'érysipèle ; 2° Détruire, à l'aide de gargarismes antiseptiques, les microbes de la bouche et de l'arrière-bouche.

M. Comby a employé avec succès le chloral pour le lavage de la cavité pleurale. En solution à 1 0/0 il paraît bien réussir et ne provoque jamais d'accidents, au moins chez l'adulte.

MM. Hanot et Gilbert n'ont jamais vu les foies initialement hypertrophiés sous l'influence de l'alcool s'atrophier ensuite : ou bien l'organe se rétractait peu à peu jusqu'au voisinage de ses limites physiologiques; ou il gardait son volume exagéré. Ils proposent, pour cet ordre de faits, le nom de *cirrhose alcoolique hypertrophique*. Les symptômes centraux n'ont rien qui les distingue de ceux de la cirrhose vulgaire. L'examen de l'abdomen seul permet de la reconnaître. Cette cirrhose se distingue au point de vue du pronostic par ce fait qu'elle guérit souvent sous l'influence de la suppression absolue de l'alcool et d'un régime lacté sévère. Au point de vue anatomique, la cirrhose alcoolique hypertrophique est une *sclérose annulaire et périveineuse*. Elle n'est pas d'espèce différente de la cirrhose atrophique dont elle ne se distingue que par le pronostic.

A 5 h. 1/4 la Société se forme en comité secret.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *mai* 1890. — Présidence de M. Terrier.

Résection du rectum par la voie sacrée.

M. Reclus a opéré un malade atteint de cancer du rectum, âgé de 47 ans, fort vigoureux. Le cancer était situé à 5 cm. au-dessus de l'anus et se sentait au bout de l'index. La tumeur avait 4 cm. de large sur 6 cm. de haut ; elle était elliptique et mobile. Après avoir extirpé le coccyx, réséqué un peu de sacrum, M. Reclus crut un instant pouvoir conserver la lanière de rectum saine au niveau du cancer et ne faire qu'une résection partielle de la paroi intestinale. Mais la virole néoplasique étant trop étendue, il dut faire une résection totale. Ceci terminé, il procéda à la suture de l'intestin après avoir fendu le sphincter. Les fils de la suture intestinale ressortaient par le rectum. Gros drain dans l'anus. Guérison parfaite.

M. Reclus reconnaît que cette opération vaut mieux que l'anus iliaque; mais elle a des indications toute spéciales. On pratique trop l'extirpation ; on a tort de l'appliquer à des cancers volumineux et adhérents; la plupart des désastres observés sont dus à ce qu'on ne tient pas compte des contre-indications. La mortalité de l'opération de Kraske est considérable. Quand le cancer est petit, mobile, sans adhérences, il est certain qu'il faut faire l'extirpation. S'il n'en est pas ainsi,

il vaut mieux recourir à l'anus iliaque, ce qui diminue les douleurs.

M. BERGER. — Il est très difficile de dire quand l'extirpation est indiquée, car le diagnostic des adhérences du rectum n'est pas toujours possible à faire. Il a enlevé aussi un rectum cancéreux (néoplasme annulaire) par l'opération de Kraske. Mais il trouva un envahissement considérable des ganglions et des vaisseaux lymphatiques. Malheureusement son opéré est mort d'intoxication iodoformique. M. Berger croit qu'on fera mieux cette opération quand on y sera plus accoutumé. Il signale le danger de l'abus de l'iodoforme quand on a affaire à de vastes plaies de la région anale.

M. POZZI rapporte l'opération de Kraske qu'il a pratiquée. Il s'agissait d'un cancer du rectum ayant envahi, en raison du voisinage, une anse du gros intestin. Aussi dut-il faire plusieurs sutures intestinales. La malade est morte d'occlusion intestinale. M. Pozzi pense qu'on pourrait faire une incision sacrée exploratrice dans les cas douteux, pour savoir si oui ou non le cancer est opérable. S'il ne l'était pas, on ferait alors l'anus iliaque.

M. RICHELOT.— L'opération de Kraske doit être réservée aux cas de cancer très haut placés et très limités.

M. TERRIER. — Cette opération a des indications spéciales. On doit y recourir quand on suppose qu'on a affaire à un cancer annulaire, pas très étendu, sans phénomènes d'étranglement interne, car dans ces cas il est impossible de désinfecter au préalable l'intestin des produits de décomposition qui s'y trouvent accumulés. Elle n'est utilisable que si l'on peut conserver le sphincter externe et le sphincter interne. Les statistiques ne sont admissibles, si l'on veut savoir la valeur de cette opération, qu'à la condition de faire plusieurs catégories dans les cancers du rectum : 1° Les cancers très limités et mobiles ; 2° Les grands cancers ; 3° Les cancers compliqués de lésions diverses, etc., etc. — Il ne faut pas comparer à l'opération de Kraske tous les procédés,intermédiaires entre elle et les anciens modes d'amputation du rectum. Il ne faut pas oublier non plus qu'en sectionnant le sphincter anal en arrière, comme l'ont fait Schwartz, Reclus, etc., on peut couper certains nerfs de ce sphincter. D'autre part, il ne faut pas croire qu'après l'opération de Kraske l'incontinence des matières ne s'observe pas,au moins d'une manière temporaire et au début. Les choses ne sont pas si simples qu'on le pense. Il faut donc conserver le sphincter sans faire au pourtour des délabrements trop considérables. Quand il y a des symptômes d'étranglement interne causé par la tumeur rectale, il est bien certain qu'il faut d'abord faire un anus iliaque, quitte à enlever plus tard la tumeur, après avoir désinfecté le tube digestif.

M. RICHELOT a fait, il y a quelques jours, une résection du rectum par la voie sacrée. Il s'agissait d'un cancer haut placé, annulaire, mobile, non adhérent.

M. TERRIER ajoute qu'on ne peut comparer l'anus iliaque avec l'extirpation du cancer du rectum. Il est d'avis qu'il faut tout risquer pour enlever une tumeur semblable plutôt que de condamner le malade à une infirmité dégoûtante, qui rend la vie absolument insupportable.

M. TUFFIER fait une communication sur la *fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure* (*cystopexie*) comme moyen de traitement de la cystocèle.

M. BERGER présente un enfant atteint de *mégalopodie congénitale*. Au lieu de lui faire l'amputation, il a réséqué une portion du squelette du pied.

M. POLAILLON présente un malade opéré de *palatoplastie* d'une façon un peu spéciale. Pour éviter les hémorrhagies, M. Polaillon fait, la veille de la suture, les incisions libératrices.

M. REYNIER montre un malade opéré par l'*ostéotomie d'un genu valgum double*. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. C. PAUL a expérimenté la *teinture de Kaori* présentée par le Dr Fornet à la Société de Thérapeutique. La teinture forme un vernis plus maniable, plus souple que le collodion, très transparent, à travers lequel on peut inspecter la plaie.

M. MAYET. — Cette substance est connue depuis longtemps, mais n'avait pas été employée comme médicament. Le Baume du Commandeur n'en contient pas.

M. C. PAUL. — J'ai employé le baume de Kaori sur les plaques d'érythème avec hyperesthésie, sur des plaies, enfin sur les plaies faites au thermo-cautère chez les hydropiques afin de produire un écoulement de liquide. Je fais toujours ces piqûres au thermo-cautère, à la partie antérieure de la jambe. Lorsque le liquide diminue, la plaie se ferme dans le décubitus dorsal. Tant que la plaie coule, il ne se fait pas d'inflammation autour. Il se produit seulement de l'irritation lors de la chute de l'escharc. La teinture de Kaori a très bien agi dans ce cas, et la cicatrisation s'est bien effectuée. Enfin, j'ai fait des applications de teinture de résine de Kaori sur les plaques d'érythème produites par l'électrolyse, au niveau de l'orifice de sortie du trocart après la thoracentèse.

M. DELPECH. — Toutes les teintures résineuses produisent les mêmes phénomènes pour l'occlusion des plaies. Dans la médecine vétérinaire, on se sert aussi de la teinture d'aloès.

M. C. PAUL. — Il y a un usage pour lequel la teinture de Kaori pourrait être utilisée; ce serait comme vaporisation sous les eschares du décubitus, soit des talons, soit des fesses.

M. C. PAUL fait une communication sur un *procédé de traitement de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés*. Lorsque j'étais médecin des nourrices, j'étais obligé de les traiter rapidement et sûrement; j'étais arrivé à un traitement très efficace : les douches oculaires de Chassaignac. Elles ont l'inconvénient de demander un dispositif encombrant. Actuellement, je couche l'enfant sur une table, la tête reposant sur un oreiller couvert d'un tissu imperméable. Au-dessous de celui-ci est un entonnoir qui reçoit les liquides qui coulent sur les parties de la tête. Au moyen d'un siphon fait avec une bouteille et un tube de caoutchouc terminé par un tube mince, on fait des irrigations sur la face interne des paupières avec de la décoction de plantes aromatiques. D'autre part, on fait des instillations avec un collyre au tannin.

M. CRÉQUY. — Pourquoi ne pas se servir, à la place du siphon, difficile à amorcer, d'un bock qu'on trouve dans presque tous les services d'hôpitaux ?

M. C. PAUL. — Parce qu'on n'a pas toujours un bock sous la main, et que les éléments de ce siphon sont faciles à se procurer.

M. MOUTARD-MARTIN. — Les ophtalmies purulentes des nouveau-nés se guérissent facilement par des lavages.

M. C. PAUL. — Je ne sais pas si on peut reconnaître cette ophtalmie purulente simple de l'ophtalmie blennorrhagique.

M. CRÉQUY. — Depuis que je lave séparément, lors de l'accouchement, la face et le corps de l'enfant, j'ai moins observé d'ophtalmies purulentes.

M. CATILLON. — La décoction de plantes aromatiques perd les essences de ces plantes.

M. C. PAUL. — Pour faire la décoction d'espèces aromatiques, on fait cuire celles-ci dans l'eau, afin d'attaquer les parties profondes des plantes. Ce liquide est employé pour laver les éponges, les instruments, les enfants. — Les vapeurs de cette décoction se répandent dans la salle.

M. MAYET. — Dans la décoction d'espèces aromatiques, il est certain qu'il se fait une dissolution du tannin qu'elles contiennent. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAGNEAU.

M. GIVRE présente un travail sur la *tuberculose des ouvriers en soie*.

M. CHARRIN présente, au nom de M. Guiraud, un Manuel pratique d'Hygiène à l'usage des médecins.

M. BECHMANN. — *Réponse à M. Livache sur la variation de composition de l'eau dans divers points de la canalisation*. M. Livache, de ses observations, a déduit des conséquences très ingénieuses ; par comparaison avec les différentes eaux données à Paris, il a cru pouvoir déterminer les variations, selon que l'eau de source était, dans la même journée, remplacée par de l'eau de rivière : l'eau donnée par une même conduite serait tantôt de l'eau de source, tantôt de l'eau

de rivière ; l'administration ne préviendrait pas toujours les habitants par voie d'affiche, et commettrait ainsi des falsifications clandestines. — C'est une erreur fâcheuse contre laquelle M. Bechmann proteste. Si M. Livache a obtenu ces analyses, c'est que ses expériences ont été faites, non avec de l'eau de source, mais avec de l'eau de rivière, et l'eau de rivière, à Paris, n'est pas unique : c'est tantôt de l'eau de Bercy, tantôt de l'eau d'Ivry, etc., il est naturel que ces eaux aient une composition différente.

MM. Rochard, Bechmann, Livache, prennent part à la discussion.

M. Bouloumié. — *Note sur les postes de secours de l'Union des Femmes de France pendant l'épidémie de grippe.* Nous avons secouru ceux qui ne pouvaient entrer dans les hôpitaux encombrés, et ceux qui en sortaient ; la Société a ouvert six postes dans Paris, munis d'un bon donné par l'hôpital, les malades venaient au poste de secours et recevaient des soins médicaux et des secours. Le service à domicile était très exactement fait. Ce service a fonctionné plus de trois semaines et on a secouru 3,000 personnes.

M. Grancher. — *Etude sur les voies de contagion de la rougeole.* Depuis ma communication relative au même sujet, les médecins se sont divisés en deux camps : les uns sont représentés par le traitement des maladies contagieuses par l'isolement, les autres par l'antisepsie. Depuis 1882, il y a des pavillons d'isolement pour la diphtérie et la rougeole, mais ils sont inefficaces, et l'isolement à lui seul ne suffit pas ; il faut de l'antisepsie médicale, et pour que celle-ci soit réellement utile, il est nécessaire de bien connaître le mode de contagion des maladies C'est sur le mode de contagion de la rougeole que je désire insister. J'ai fait dresser des tableaux destinés à montrer comment se développait la rougeole : salle Ferrat, 3 rougeoles entrent en 1889, à des époques différentes ; il y a 9 enfants contaminés, et 37 qui y ont échappé dans les salles. C'est donc la minorité des enfants qui a été contaminé. Salle Bouchut, 4 rubéoliques entrent ; il y a 16 enfants pris et 60 qui ne le sont pas, le plus grand nombre d'enfants pouvant avoir la rougeole y échappe. Je conclus de mes observations que l'agent de contage de la rougeole, s'il se transmet par l'atmosphère, n'est pas très diffusible, que la contagion se fait par petites épidémies qui s'éteignent spontanément. La contagion se fait certainement par le transport à distance soit par les mains, soit par les vêtements. Martha.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 22 Mai 1890. — Présidence de M. Polaillon.

M. Lecerf communique une étude qu'il a faite d'un *traitement employé par les médecins chinois contre la diphtérie*, traitement qui a permis au médecin en chef du service colonial aux Indes Néerlandaises de n'avoir qu'une mortalité de 2 p. 100 dans cette affection. Ce traitement, en chinois na-ausan, est très populaire aux Indes où la diphtérie est fréquente. Il a été publié, il y a plus de 300 ans, par le Pen-Hau-Kang-Mou (Codex chinois), mais il est resté la propriété des médecins chinois qui cherchent à en conserver le secret. Il se compose : 1° d'une poudre à insuffler, en chinois, sin-seh, contenant du borax, du bornéol, du cinabre, de l'acétate de cuivre, du charbon de pulpe d'une espèce de prune, de la poudre de perles, de la racine de Coptis tecta et du bézoard du bœuf ; 2° de deux décoctions de parties de diverses plantes, ces décoctions servent comme gargarismes et tisanes ; 3° d'un régime hygiénique. Après avoir donné des renseignements généraux, M. Lecerf fait part des analyses que le docteur Wefers Bettinck, professeur à l'Université d'Utrecht, a faites de la poudre et des résultats qui lui ont été fournis à lui-même par l'analyse de ce produit. Il fait ensuite l'étude des divers éléments employés dans ce traitement, tant au point de vue de l'histologie botanique que sous le rapport de la thérapeutique et de la pharmacologie. Il termine en relatant des observations de docteurs hollandais relatives au traitement de la diphtérie, d'après la méthode chinoise.

M. Tison fait remarquer qu'un certain nombre de plantes employées dans la méthode chinoise sont très actives ; il cite entre autres le Coptis, qui est une espèce d'hellébore.

M. Guelpa constate qu'à part quelques questions secondaires, la méthode qui vient d'être décrite semble avoir été créée d'après les dernières connaissances pathologiques de la diphtérie. Tout en reconnaissant l'action efficace des substances principales, il croit surtout que les bons résultats obtenus doivent être attribués à l'application fréquente, nuit et jour, du traitement et au lavage abondant des parties malades, soit par les tisanes et boissons, soit par la salivation provoquée. Il paraît remarquer que le traitement chinois répond en partie aux conceptions thérapeutiques qu'il a précédemment émises au sujet du traitement de la diphtérie, que les résultats sont d'autant plus heureux que le médicament est porté plus fréquemment au contact des parties malades, et que la région envahie ou envahissable pour les microbes de Klebs est plus abondamment lavée.

M. Lecerf. — La racine de Coptis doit surtout son action à la proportion assez forte de berbérine qu'elle renferme.

M. Gaudin lit un travail sur l'*Aristol en chirurgie et en dermatologie.* L'auteur fait un parallèle entre l'aristol ou biiodure de thymol et l'iodoforme. Après avoir cité un certain nombre d'observations dans lesquelles l'aristol s'est montré aussi efficace que l'iodoforme, il en fait ressortir les avantages qui résultent surtout de son innocuité et de son absence presque complète d'odeur. L'aristol adhère bien à la peau et surtout aux muqueuses, ce qui rend son emploi avantageux dans le pansement des lésions de cavités naturelles. Sa solubilité dans l'éther le rend apte à l'imprégnation des objets de pansement. En raison de son insolubilité dans l'eau, il n'est que très difficilement absorbable par l'économie, et cependant ses effets locaux sont très manifestes et satisfaisants. Le biiodure de thymol semble donc combler d'un seul coup les desiderata qu'on cherchait depuis longtemps dans les succédanés de l'iodoforme.

M. Gillet de Grandmont. — L'aristol, en raison de sa teneur moindre en iode que l'iodoforme, est moins actif, mais aussi moins dangereux. Ce qui surtout fait l'efficacité du pansement à l'iodoforme après les lavages avec la solution de sublimé, c'est la formation du sel de Boutigny, et si l'aristol pouvait donner les mêmes résultats, il serait appelé à rendre de grands services, surtout dans la chirurgie oculaire.

M. Toledano croit que l'aristol agit de la même manière que le sous-nitrate de bismuth. Il a vu ce dernier corps être employé avec succès dans le pansement des ulcères variqueux.

M. Baratoux a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'aristol et se réserve de communiquer à la Société ses observations à ce sujet.

Les secrétaires des séances, MM. Guelpa et Lecerf.

REVUE DES MALADIES DES VOIES DIGESTIVES

I. — **Cirrhose du pancréas ou anémie pancréatique** ; par le Dr C. Warrington Earle (de Chicago).

II. — **Sur les troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du sac gastrique** ; par le Dr Moncorvo (de Rio-de-Janeiro).

III. — **Remarques sur le cancer de l'ombilic** ; par le Dr Attimont (de Nantes).

IV. — **Des dyspepsies avec suppression de la sécrétion du suc gastrique, et plus particulièrement de la dyspepsie neurasthénique** ; par le Dr P. Glatz (Genève).

I. — L'auteur relate quatre cas d'inflammation chronique du pancréas ; affection très peu connue, dit-il, et à propos de laquelle il n'a trouvé que des indications bibliographiques très sommaires.

En résumé, ses quatre observations ont trait à des personnes adultes variant de 22 à 60 ans. On retrouve toujours dans le tableau clinique les symptômes suivants : un amaigrissement continu, — une blancheur anémique très marquée de la peau, — et de la douleur à l'épigastre ; parfois la présence de graisse dans les selles ou dans les vomissements. A l'autopsie, on trouve une induration très marquée du pancréas avec diminution de volume ; — au microscope, prolifération conjonctivale étouffant le tissu

glandulaire et sécrétoire, allant parfois jusqu'à leur disparition complète.

L'auteur se demande s'il n'y aurait pas lieu d'admettre, à côté de l'anémie splénique et de la leucémie, une anémie pancréatique, résultat de l'inflammation chronique, de la cirrhose de l'organe.

II. — L'auteur admet deux groupes distincts de gastropathies dans l'enfance : un premier groupe qui comprend celles provenant exclusivement des écarts de régime alimentaire, et un autre où les troubles dyspeptiques sont engendrés primitivement par l'affaiblissement général de l'organisme ou par un état encore presque physiologique, comme il arrive pour l'anémie tropicale, et dans ces cas les enfants peuvent devenir dyspeptiques encore qu'ils soient maintenus à un régime alimentaire bien dirigé. C'est cette seconde forme, surtout fréquente au Brésil, que l'auteur entend décrire. La gastroectasie, d'ailleurs, qu'il aurait été le premier à faire connaître, est aussi d'une fréquence plus grande au Brésil que dans nos pays.

Il ne suffit plus, pour bien juger des fonctions digestives des nourrissons, d'examiner l'aspect et la composition des selles ; les progrès de la chimie biologique ont mis à notre disposition toute une série de réactifs très sensibles (tropéoline — violet de méthyle — phloroglucine vanilline) pour la recherche de l'acide chlorhydrique. Par une série de IX observations, l'auteur démontre que dans les cas de dyspepsie des petits enfants, le manque d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique constitue la règle et que l'efficacité prouvée de la chlorhydrothérapie vient à l'appui de cette affirmation. Malheureusement il ne formule nulle part ce qu'il entend par la chlorhydrothérapie : on s'en doute bien un peu, mais il eût été intéressant de savoir comment et à quelles doses il administre l'acide chlorhydrique.— On ne peut s'empêcher de voir, dans l'influence toute particulière du climat chaud sur les sécrétions organiques, dit l'auteur, une des causes de cette altération chimique du suc gastrique. Et, en effet, personne n'ignore qu'une des modifications les plus saillantes exercées par la chaleur sur l'économie, c'est la suractivité fonctionnelle des organes périphériques et l'affaiblissement de celle des organes centraux. Il résulte de la suractivité cutanée la dépression fonctionnelle des muqueuses. Cette courte étude, très consciencieusement faite, appelle l'attension sur un petit point de ce chapitre, si intéressant, de la diarrhée infantile.

III. — Le cancer de l'ombilic est une affection rare, au point qu'on peut citer les quelques cas qui en ont été publiés depuis que Bérard (art. ombilic du Dict. en 30) a signalé les deux cas connus alors. La brochure du Dr Attimont fixe l'état actuel de la question.

Le cancer primitif est rare (5 cas), c'est ce qui résulte aussi bien de tous les travaux cités par M. Attimont, que de ses observations propres. Le cancer secondaire pourrait recevoir, d'après l'auteur, la dénomination de *cancer sous-péritonéo-ombilical*, pour en indiquer le mode d'évolution anatomique. Nous ne pouvons reproduire la longue discussion très intéressante sur la nature microscopique des diverses formes de ce cancer. En résumé, le classement des tumeurs cancéreuses secondaires de l'ombilic comporte quatre groupes : 1° Cancer voisin intéressant l'ombilic à titre de contiguité ; 2° Cancer de voisinage aussi empruntant la voie d'une hernie ombilicale ou adombilicale ; 3° Cancer celloïde généralisé du péritoine développé dans la paroi abdominale elle-même, mais évoluant à la façon d'une infiltration diffuse, plutôt que comme lésion spécifique, sur l'ouverture ombilicale ou les interstices adjacents ; 4° Cancer sous-péritonéal développé de même dans la paroi abdominale, gagnant vers le dehors, par une sorte de systématisation due à l'aptitude pathologique de certains éléments des tissus, des interstices ambiants.

Suit une description clinique très détaillée de l'affection; nous y relevons les points les plus marquants : l'étiologie se confond avec celle du cancer sous-péritonéal. Comme aspect, cette forme de cancer ne présente rien de caractéristique ; il varie fort selon les cas. Dès le début, il se présente sous la forme d'un petit grain nullement douloureux ; à l'examen, le volume est toujours très variable, mais, donnée très importante au point de vue du diagnostic, ce volume ne dépasse pas celui d'un œuf. Un symptôme constant, c'est la possibilité d'imprimer à la tumeur des mouvements d'ensemble sur les plans abdominaux sous-jacents, ce qui n'empêche pas qu'au moment de l'opération on a pu rencontrer des adhérences profondes avec l'épiploon ; de là le précepte de ne jamais faire de traction sur la tumeur au moment de son ablation. — La question de date d'apparition de la tumeur a une grande importance, car aucun cas publié n'a jamais atteint un an. Signalons enfin une particularité qui ne semble pas avoir fixé l'attention et qui cependant a un certain intérêt au point de vue du diagnostic; c'est la coexistence d'une double saillie adhérente aux os au niveau de deux des espaces intercostaux du côté gauche, le long du bord sternal ; une coïncidence analogue est notée dans bien des observations. Il semble que pour expliquer ce symptôme on doive mettre en cause la chaîne ganglionnaire et le système lymphatique qui, précisément, occupe les bords du sternum et qui a été trouvée maintes fois atteinte dans le cancer des séreuses.

IV. — La suppression de la sécrétion du suc gastrique dans la neurasthésie est un phénomène encore peu connu et dont il importe cependant de bien savoir la portée. Entre la suppression hystérique ou celle par cancer du suc gastrique, le diagnostic ne présente généralement que peu de difficulté ; mais tous les cas ne sont pas aussi simples. Nos nouveaux moyens d'investigation nous permettent cependant, dans la plupart des cas, de trancher la question. Et d'abord nos possédons un signe d'une grande valeur et qui ne fait jamais défaut. Dans la névrose simple, non compliquée de dilatation, lorsqu'on procède au lavage de l'estomac sept heures après le repas de Leube, on ne trouve plus d'aliments, ce qui n'est pas le cas dans le cancer ou la dilatation. L'auteur donne un excellent tableau descriptif du malade atteint de neurasthénie, trop long pour être reproduit ici, et qu'il oppose à celui du cancer ou de la dilatation. Dans le cancer, d'ailleurs, la sécrétion du suc gastrique et plus particulièrement de l'acide chlorhydrique diminue toujours; souvent même elle est supprimée. Si le suc gastrique contient de la pepsine et Hcl en quantité normale, on peut inférer que toute idée de cancer doit être écartée ; en d'autres termes, tout suc gastrique qui digère 0,50 centigrammes de fibrine en 20 ou 30 minutes, n'est pas le produit d'un estomac cancéreux.

De là on se trouve tout naturellement amené à instituer un traitement rationnel de la dyspepsie neurasthénique. L'acide chlorhydrique est un médicament inappréciable dans le catarrhe simple, mais son emploi dans la suppression du suc gastrique est loin de valoir la méthode qui, transformant l'estomac en intestin, agit par l'action du suc pancréatique. Se basant sur ces données, l'auteur recommande une liqueur dont il donne la formule et qui est faite avec des pancréas de porc et de bœuf, mais qui doit être renouvelée tous les deux ou trois jours. Il prescrit, en outre, du vin de Condurango, l'hydrothérapie et l'électricité. D. AIGRE.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES. — *Hôpital-Ambulance.* — Nous avons déjà appelé l'attention sur l'essai de mobilisation partielle fait à Neuilly par l'*Association des Dames françaises*. Le résultat a complètement répondu aux espérances ; le type de l'hopital temporaire mobile, pouvant être édifié en vingt-quatre heures pour secourir les victimes de la guerre ou les victimes d'une épidémie, est trouvé et expérimenté ; il s'agit maintenant d'en faire l'application en grand. Pour cela, l'Association des Dames françaises a résolu de préparer un hôpital-ambulance d'au moins cent lits. Ne voulant pas toucher à ses fonds de réserve pour le cas de guerre, l'Association a ouvert une souscription pour cet hopital-ambulance; 90.000 fr. ont déjà été versés en un mois. Il s'agit d'encourager les efforts que depuis dix ans les Dames de l'Association ne cessent de faire. Le siège de l'Association est 24, boulevard des Capucines.

CORRESPONDANCE

Berlin, le 27 mai 1890.

Le Congrès de Berlin. — Sociétés d'assurance sanitaire de Berlin.

Monsieur le rédacteur,

D'abord mes félicitations sincères. La résolution des médecins français de venir à Berlin a été apprise chez nous avec la plus grande joie. Ce n'est pas la profession seule, mais tous les journaux qui y applaudissent. Nos confrères français verront eux-mêmes qu'il n'y a pas de chauvinisme, ni à Berlin, ni en Allemagne. Ils verront que tous les savants sont estimés dans ce pays. Ils verront que nos confrères français sont des plus respectés chez nous. Nous serons fiers de nos hôtes. Le Congrès international de médecins passé, vous ne vous repentirez pas d'y avoir assisté.

Vous savez qu'il y aura aussi une Exposition médicale internationale adjointe au Congrès. Le Bureau de santé impérial y sera représenté par une Exposition spéciale. La division médicale du ministère de la guerre veut montrer son institution exemplaire aux autorités étrangères, qui sont attendues en grand nombre. Les fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques, les fabricants d'instruments de chirurgie et les opticiens, les représentants de la fabrication des matériaux de pansement, de même que toute l'industrie qui se rattache à la médecine scientifique et pratique, y exposeront leurs produits principaux. De même, les instituts, les laboratoires et les cliniques ont promis leur concours. On espère que les plus grandes villes allemandes porteront leurs institutions sanitaires à la connaissance du public. Le comité général a autorisé le bureau de l'exposition (*Karlstrasse*, 19) à accepter les annonces, qui arrivent incessamment, jusqu'au 15 juin.

Je ne vous donne pas plus de nouvelles du Congrès, car je désire vous parler des *Sociétés d'assurance sanitaire de Berlin*. Comme tous les ans, le conseil municipal vient de publier une statistique de ces sociétés pour l'année 1889. La statistique renferme les cinq sections suivantes : I. Recettes et dépenses ; II. Contributions et travaux ; III. Morbidité et mortalité ; IV. Contributions et travaux en moyenne ; V. Résumé comparatif. — En 1889, il y avait 62 (en 1888, 63) caisses pour les malades de Berlin (*Ortskrankenkassen*), 26 (en 1888, 14) caisses d'exercice (*Betriebskrankenkassen*), 11 (en 1888, 9) caisses des corporations (*Innungskrankenkassen*), et la caisse de la commune (*Gemeindekrankenversicherung*). Toutes les caisses ont eu 292,089 membres, 5,700,000 marks, recettes, 5,100,000 m. dépenses ; le bénéfice net a été de 600,000 m. Il y avait, en 1889, 18,233 membres, 700,000 m. recettes, 700 m. dépenses de plus qu'en 1888. Le bénéfice net de l'année 1888 était le même. La fortune de toutes les caisses, y compris le capital de réserve, monte à 3,600,000 m. Il faut considérer le résultat comme favorable ; il donne de bonnes espérances pour l'avenir.

Les caisses pour les malades jouent le premier rôle à Berlin. En 1889, elles avaient 258,342 (en 1888, 246,448) membres, 5,000,000 marks recettes (en 1888, 4,500,000 m.), 4,500,000 m. dépenses (en 1888, 4,000,000 m.) ; le bénéfice net s'évalue à 500,000 marks ; il est le même qu'en 1888. Depuis l'année 1884, ces caisses ont augmenté de 164,994 membres ; depuis l'an 1885 leurs recettes ont augmenté de 1,800,000 m., leurs dépenses de 1,600,000 m. ; c'est ce qu'on peut appeler un développement favorable. Parmi les caisses pour les malades de Berlin, c'est la *Caisse générale pour les ouvriers et les ouvrières industriels malades de Berlin* qui tient le premier rang.

Cette caisse, la plus grande de toute l'Allemagne, a 67,551 membres (en 1888, 63,431), 1,270,000 m. recettes (en 1888, 1,200,000 m.), 1,150,000 m. dépenses (en 1888, 1,000,000) ; son bénéfice net s'évalue à 120,000 m. (en 1888, 200,000 m.). C'est à cause de la grippe que le surplus de cette caisse est moindre, et que le surplus de toutes les caisses n'a pas augmenté en général. Cette épidémie a épuisé les finances des caisses. Les caisses ont soutenu l'épreuve, mais il est douteux qu'elles puissent déjà réparer leur perte dans l'année courante.

Les caisses des invalides n'offrent aucun intérêt spécial ; elles ont peu d'importance à Berlin. Elles avaient 24,454 membres, 600,000 m. recettes, 500,000 m. dépenses. Le progrès des caisses des corporations est également bien médiocre. Elles ont 9,200 membres (en 1888, 7,600), 112,000 m. recettes (en 1888, 102,000 m.), 96,000 m. dépenses (en 1888, 84,500 m.). La caisse de la commune s'est montrée inutile et coûteuse. Elle avait 42 membres (en 1888, 41), 700 m. recettes, 1,000 m. dépenses ; voilà un déficit de 300 m. Il faudra dissoudre cette institution. — Les contributions des caisses de Berlin sont de 0,22 m. par semaine (caisse des cordonniers) à 0,75 m. (caisse des imprimeurs). La plupart des caisses paie une indemnisation de 1,50 m. par jour ; la plus grande indemnité est de 2,40 m. La subvention à perpétuité surpasse 13 semaines dans 58 caisses, elle s'élève à 52 semaines dans 31 caisses. Les frais funéraires varient entre 48 et 180 m. En jetant un coup d'œil sur le tableau III nous voyons le développement de l'assurance contre les maladies à Berlin. D'après ce tableau, il y a eu, en 1889, 97,353 cas de maladie avec un nombre de 2,301,573 jours de maladie. L'augmentation des cas de maladie s'élève à 14,782, l'augmentation des jours de maladie s'élève à 322,525, l'augmentation des membres s'élève à 18,000. C'est également à la grippe que l'on doit ce résultat défavorable. La durée moyenne d'un cas de maladie monte à 23,6 jours (en 1888, 27,4). Il y a eu dans toutes les caisses 3,433 cas de mort (en 1888, 2,796).

Les frais du traitement médical sont bien insignifiants dans les caisses pour les malades de Berlin. En moyenne, ils montent à 1,04 m. par tête et par année. Voilà le résultat de la Société des corps de métier (*GewerksKrankenverein*), que la plupart des caisses ont formée pour obtenir ensemble le secours médical et l'ordonnance. La Société paye à présent 118 médecins de quartier (*Bezirksärzte*), en outre trois ophtalmologistes, un spécialiste pour les maladies du nez et de l'ouïe, quatre spécialistes pour les maladies des femmes, deux laryngologistes et trois chirurgiens. Il serait impossible pour une seule caisse de subvenir à tout. C'est pourquoi sont bien regrettables quelques tendances pour la dissolution de la Société. Il faut condamner sévèrement de telles tendances qui émanent des motives égoïstes. Les frais d'administration demandent une somme assez importante. En moyenne, par tête, 1,57 m., au plus 3,44 m., au moins 0,95 m. (en 1888, 0,91 m.).

Agréez, etc. Léop. CASPER.

Le mouvement médico-chirurgical en Angleterre.

I. — *Salicine comparée au salicylate de soude quant à ses effets sur l'excrétion de l'acide urique. Sa valeur contre le rhumatisme articulaire aigu.*

I. — La salicine est généralement considérée comme inférieure au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. D'après les expériences du Dr Haig, rapportées à la *Royal medical and surgical Society*, le pouvoir de la salicine sur l'excrétion supplémentaire de l'acide urique serait 13 fois moindre que celui du salicylate. Le salol, moins actif que le salicylate, est plus puissant que la salicine. L'efficacité de ces substances contre le rhumatisme aigu est proportionnelle à leur action sur l'excrétion de l'acide urique.

Une méthode de traitement ne peut avoir de valeur contre le rhumatisme articulaire aigu, qu'autant qu'elle favorise l'hyperexcrétion de l'acide urique et la sécrétion de la sueur. La salicine se montre dans ce sens très inférieure aux salicylates. Cette étude amène le Dr Haig à penser que les manifestations articulaires du rhumatisme aigu sont dues à la présence d'un excès d'acide urique dans les articulations. La formation d'acide en excès peut être déterminée par plusieurs circonstances, le froid, l'ingestion d'aliments acides, les inflammations locales et bactériennes qui produisent la fièvre et élèvent la proportion de l'acide urique dans le sang. Il n'y aurait entre la goutte et le rhumatisme qu'une différence dans l'intensité de l'inflammation. Norman Moore considère, au contraire, qu'au point de vue anatomique et chimique, la goutte et le rhumatisme sont deux choses différentes. Dans la goutte, il y a toujours des modifications articulaires, rarement des lésions de l'endocarde qui est sain dans 75 0/0 des cas. Dans le rhumatisme, les lésions cardiaques dominent et peuvent même exister seules. Les lésions articulaires sont passagères, tandis qu'elles sont per-

manentes chez les goutteux. Cliniquement, les deux affections ne sont pas moins distinctes, bien qu'on voie quelquefois des cas débutant avec les allures de la fièvre rhumatismale évoluer ensuite comme la goutte. Cela montre que le nom de fièvre rhumatismale couvre plusieurs affections distinctes, parmi lesquelles on peut déjà distinguer une variété offrant les apparences de la goutte, une autre étroitement liée à une véritable infection septique, traduite par les lésions de l'endocardite ulcéreuse et probablement d'origine ulcéreuse.

Sir W. Roberts fait remarquer que, contrairement à l'opinion de Haig, l'acide urique n'est pas toxique et qu'on peut injecter d'assez grandes quantités dans le sang des animaux sans provoquer aucun trouble. Si l'acide urique était précipité dans les articulations par la fièvre rhumatismale, on l'y retrouverait en cristaux, ce qui n'a jamais été rencontré Ce qui tient peut-être, d'après Lauder Brunton, à ce qu'il est uni à une autre substance qui empêche sa précipitation. Garrod proteste contre les théories de Haig et maintient qu'on ne doit considérer comme rhumatismale que l'affection caractérisée par la fièvre et la fluxion articulaire.

II.— *Discussion sur l'état présent de la chirurgie abdominale.*

II.— Dans un long discours à la *Medical Society*, Lawson Tait, comparant la propreté chirurgicale rigoureuse à la méthode de Lister, vante les avantages de la première qui seule est, selon lui, véritablement nécessaire. Il fait ensuite remarquer que MM. Meredith et Mayo Robson confirment ses vues personnelles en ce qui concerne l'ovariotomie, vues qui ont été jusqu'alors inexactement rapportées. Les résultats sont d'autant plus mauvais qu'on se rapproche davantage des principes de Battey, d'autant meilleurs qu'on s'attache à n'opérer que des tumeurs volumineuses, palpables. Mais les difficultés sont plus grandes dans ces opérations que dans toute autre partie de l'art chirurgical. Il est donc intéressant de déterminer si la chirurgie abdominale doit être pratiquée par tous les chirurgiens, dans les hôpitaux généraux ou seulement par des spécialistes, dans des locaux aménagés à cet effet. Les opérations de la chirurgie abdominale réussiront mieux dans les mains de ceux qui s'y consacrent exclusivement. La pratique de l'ovariotomie n'a fait de véritables progrès que depuis qu'elle est devenue l'œuvre de spécialistes. La chirurgie dentaire, l'ophtalmologie, la laryngologie, l'obstétrique doivent leurs progrès à la spécialisation.

Les opérations de la chirurgie abdominale ne ressemblent en rien aux opérations ordinaires. Pour ces dernières, il est des règles fixes dont on n'a pas à s'écarter une fois sur cent. Pour enlever une grosse tumeur abdominale et surtout une tumeur solide, à l'exception de quelques principes opératoires élémentaires, il n'est pas de règle fixe. Dans les autres régions du corps le chirurgien ne commence son opération qu'après diagnostic fait et avec de faibles chances d'erreur. Dans la chirurgie abdominale, le diagnostic est souvent impossible et quelquefois erroné. Il y a 20 0/0 de chances d'erreur. Souvent même, l'opération terminée, on n'est pas encore fixé sur ce qu'on a fait. C'est l'examen histologique de la poche qui montre qu'on a enlevé un rein kystique, alors qu'on croyait s'être trouvé en présence d'un kyste du ligament large.

Pour ce qui a trait au traitement des hémorrhagies par rupture de la trompe, siège anormal de grossesse, la preuve est faite et complètement faite. La ligature du ligament large arrête l'hémorrhagie. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, après rupture de la poche, est facile ; il n'en est pas de même pendant la période qui précède et celui qui donnera des signes bien nets fera faire un grand progrès. Lorsque, dans ces cas, le fœtus est mort depuis longtemps, comme c'est l'habitude, l'ablation du placenta est en général facile. Mais, que doit-on faire si l'enfant vit? M. Tait, qui a enlevé un placenta dans une grossesse de 4 mois et arrêté l'hémorrhagie avec du perchlorure de fer, dit que cette expérience le ferait hésiter à entreprendre pareille opération dans une grossesse plus avancée. Trèves recommande l'ablation du sac en totalité et dit l'avoir pratiquée. Mais, ce qu'il a enlevé c'était, en réalité, les membranes fœtales. Le sac est formé par le ligament large que ni M. Trèves, ni personne, n'ont jamais songé à enlever. Jusqu'à ce qu'un examen *post mortem* prouve le contraire, M. Tait maintient que le sac est toujours formé par les restes de la trompe déchirée et le ligament large. Tous les cas qu'il a eu à opérer et qu'il a soigneusement examinés rentraient dans cette catégorie. Ceux qu'on a dit faire exception étaient des cas de grossesse de la corne utérine non ectopique, ainsi qu'on l'a d'ailleurs démontré.

M. Grieg Smith, de Bristol, fait remarquer que la note dominante de ce débat est le désir marqué par tous les orateurs de créer une technique uniforme, de poser les règles de la chirurgie abdominale. Contrairement à Lawson Tait, il croit à l'utilité du spray, au moins dans les hôpitaux généraux, comme le Bristol Royal Infirmary, où la salle d'opérations est ouverte à tout venant, même à ceux qui sortent de l'amphithéâtre de dissection. Grâce à son emploi, la mortalité n'est que de 5 0/0. On a, suivant lui, fait preuve de trop de partialité, pour ce qui concerne le traitement du pédicule dans les cas d'hystérectomie. La méthode intra-péritonéale est certainement le procédé de choix, mais il est des cas, et des pires, où on ne peut l'employer et le procédé extra-péritonéal est alors le meilleur. On a exagéré aussi la nécessité du drainage et de l'irrigation du péritoine. Ces précautions ne sont rendues indispensables que par le défaut de soin opératoire et l'écoulement de sang ou de pus entre les anses intestinales. Il n'est pas nécessaire de retirer tout le liquide, l'absorption par les capillaires et quelques bandelettes de gaze font le reste. Ceux qui affectent de considérer le drainage et l'irrigation comme pernicieux acquerront, par leur propre expérience, la notion de leur erreur. Quant à l'emploi des purgatifs, dont les uns se servent toujours et les autres jamais, il faut distinguer : il est des cas où ils sont utiles, notamment lorsque l'obstruction temporaire ou la dilatation des intestins par des gaz donnent lieu à un commencement de péritonite.

Dans les cas d'accouchement où le travail ne peut s'achever, l'opération de choix est l'opération césarienne plutôt que celle de Porro, variété de chirurgie brutale bonne tout au plus quand il s'agit de sauver la vie à tout prix. L'opération de Porro est plus facile; mais c'est aux chirurgiens qu'il appartient de s'élever à la hauteur des opérations et non de rabaisser les opérations à leur niveau. La mortalité de l'opération césarienne nouvelle est moindre que celle de l'opération de Porro ; fût-elle égale que la césarienne serait encore préférable.

Mais il est d'autres méthodes utiles dans certaines circonstances et qu'il ne faut pas laisser tomber dans l'oubli, l'elytrotomie par exemple. Il est désirable aussi qu'on publie des résultats plus exacts, plus complets, qu'on surveille plus attentivement le traitement consécutif.

Le Dr Edler (de Nottingham), reconnaît aussi la supériorité de la chirurgie propre sur la méthode de Lister. La spécialisation des chirurgiens est suivant lui l'une des raisons majeures du succès. Comme L. Tait il se montre l'adversaire du *clamp*, instrument barbare, dangereux, donnant des résultats incertains et que, un jour qui n'est pas loin peut-être, on verra relégué dans les musées et remplacé par la méthode intra-péritonéale. Il est d'accord avec la majorité des chirurgiens, pour ce qui a trait à l'ablation des grosses tumeurs, quel que soit leur contenu, qui menacent la vie de celles qui les portent. Mais quand les symptômes subjectifs l'emportent sur les objectifs, que doit-on faire? Dans beaucoup de cas d'autres traitements que l'opération réussissent, dans quelques-uns seule elle donne du soulagement. Lorsque la maladie a pour origine un mauvais accouchement, une fausse couche ou une maladie vénérienne et qu'elle s'accompagne de périodes d'inflammation aiguë, l'opération est le seul recours. Plus elle est faite de bonne heure en ces cas, moins elle donne de mortalité.

Le Dr Malins (de Birmingham), dans ces cas où les symptômes subjectifs dominent, est peu partisan de l'opération qui lui a donné des résultats peu satisfaisants. Les malades chez lesquelles on n'est pas intervenu se sont généralement mieux portées que celles qu'on avait opérées. Il faut tenir compte aussi dans ces cas de la mortalité possible et des troubles qui peuvent s'ensuivre dans la vie privée de la malade, troubles entraînés par l'état pire qu'avant l'opération au point de vue des fonctions sexuelles. Quand il y a du pus dans le bassin, il faut l'évacuer. Lorsque c'est du sang il n'en est pas de même, car la majorité des hématocèles guérissent sans opération. Pour la péritonite septicémique l'intervention n'a quelques chances de succès que si elle est faite de bonne heure. Comme les précédents, il loue les progrès de la chirurgie adbominale, apportant seulement cette restriction : qu'on semble avoir un peu dépassé la mesure et opéré dans des conditions où cela n'était pas strictement nécessaire.

M. Reeves pense aussi que ce n'est qu'indirectement que les progrès de la chirurgie abdominale peuvent être mis sur le compte de la méthode de Lister. Son expérience sur les opérations de l'utérus est défavorable à l'emploi du *clamp*. Pour les tumeurs volumineuses, il préfère l'opération intrapéritonéale à l'énucléation. Il mentionne quelques cas de péritonite cancéreuse dans lesquels l'ouverture et l'irrigation de la cavité abdominale ont déterminé un soulagement considérable.

Le Dr Collaghan (de Carlow) dit que le traitement consécutif des cas qui nécessitent l'opération abdominale est au moins aussi important que l'opération elle-même. Il n'est pas partisan de l'opium en aucun cas. Pour ce qui concerne les remarques de M. Trevès relativement à l'hystérectomie, il nie, d'après sa propre expérience, qu'on puisse employer la méthode préconisée par ce chirurgien. Dans les cas de rétrécissement du bassin, il préfère l'opération césarienne à celle de Porro comme plus simple et comme prévenant la suppuration et l'inflammation de l'utérus. On s'accorde généralement à dire qu'il n'est pas de bonne opération pour la péritonite tuberculeuse sèche. Il a vu de nombreux cas de cette affection où les adhérences étaient très étendues. En énucléant les masses caséeuses, il a obtenu de bons résultats.

M. Barker dit que c'est avec raison que M. Meredith a distingué les variétés sèche et humide de la péritonite tuberculeuse. Les péritonites humides sont moins aptes à produire les adhérences et comme elles sont plus sujettes aux inflammations aiguës, elles viennent plus tôt consulter. Quand l'inflammation est circonscrite, on peut intervenir avec quelques chances de succès. Dans la seconde forme, le nombre et la variété des adhérences sont souvent une cause de danger. Quand on connaîtra mieux les conditions pathologiques de cette affection, peut-être trouvera-t-on un procédé d'intervention plus satisfaisant; mais, pour le moment, le chirurgien doit s'abstenir. M. Alban Doran est convaincu que la chirurgie abdominale doit rester dans les mains de spécialistes. Le drainage du péritoine lui paraît sans inconvénients.

Le Président, résumant la discussion, montre que, d'après M. Trèves, la chirurgie abdominale semble seule avoir fait des progrès. Les chirurgiens et l'humanité souffrante devront beaucoup à ceux qui se sont consacrés aux opérations abdominales, car ils ont montré ce qu'on pouvait faire en chirurgie en ne négligeant aucun détail. Il sympathise complètement avec M. Trèves dans sa diatribe contre le traitement extrapéritonéal du pédicule dans l'hystérectomie à l'aide du *serre-nœud*, instrument encore moins scientifique que l'ancien *clamp*. Comme chirurgien, il est cependant obligé de reconnaître que ce procédé donne de meilleurs résultats que la méthode intrapéritonéale. On ne peut d'ailleurs comparer le traitement intrapéritonéal du pédicule dans l'hystérectomie et l'ovariotomie. Aucune des méthodes actuelles n'est d'ailleurs parfaite; c'est aux jeunes chirurgiens qu'il appartient d'en chercher une meilleure. Le succès est d'ailleurs, en ces cas, une affaire de pratique et tient surtout à la manière dont on sait attaquer la tumeur et arriver à son énucléation. L'avantage du *serre-nœud* est qu'il empêche l'entrée des matières septiques dans l'abdomen. Lorsqu'on applique le serre-nœud, on doit consacrer une attention toute particulière à l'isolement de la vessie et du ligament large, afin de ne pas pincer les uretères. Son opinion n'est pas encore faite relativement à l'emploi de l'opium. Il est convaincu des bons effets du drainage. Il ne faut cependant pas l'employer à l'étourdie ou à la légère, car il provoque la sécrétion de la sérosité péritonéale et peut être une cause d'obstruction intestinale. L'usage des antiseptiques, s'il n'est pas essentiel, est recommandable, car, comment peut-on être sûr qu'une eau simplement bouillie est complètement aseptique? Il conclut en félicitant la Société et la Profession des progrès accomplis dans la chirurgie abdominale où il ne reste plus que des points de détails à fixer, et exhorte ses collègues à continuer de rivaliser de bons résultats. L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du Diabète.

La question du diabète, si mystérieuse jusqu'à ce jour, semble entrer dans une phase nouvelle. Physiologistes et cliniciens multiplient les expériences et la presse médicale enregistre tous les jours de précieux résultats. Ces matériaux, élaborés sans entente préconçue, se corroborent et se complètent l'un par l'autre, et il n'est plus téméraire d'avancer que les troubles et les affections du pancréas sont les causes peut-être exclusives de la glycosurie.

M. Lancereaux fut le premier qui établit nettement la connexité de l'altération du pancréas avec cette forme de diabète où l'individu perd de son poids et devient étique.

MM. Minkowski et von Mering déterminèrent cette forme de diabète chez le chien en lui arrachant le pancréas; ils parvinrent même quelquefois à réaliser le diabète léger quand ils avaient laissé quelques parties du pancréas et que l'opération avait bien réussi. Dans ce cas, le diabète était encore la conséquence de l'opération, mais il était tenu en échec par la suppression des aliments amylacés. M. Lépine, de l'Ecole de Lyon, répéta ces expériences et chercha le moyen thérapeutique de diminuer l'excrétion du sucre chez le chien dépourvu de pancréas, il y réussit en lui injectant dans les veines le chyle d'un animal préalablement nourri, ou de la diastase végétale; il arriva au même résultat chez un diabétique auquel il avait administré de la pancréatine, mais il ne put continuer l'expérience.

M. Baumel, de Montpellier, depuis 1881, professe que l'altération du pancréas est constante dans le diabète gras aussi bien que dans le maigre; dans celui-ci l'altération du pancréas est visible à l'œil nu, dans celui-là elle serait microscopique; il a été donné à ce savant de constater cette dernière altération après l'autopsie sur quatre sujets, dont les observations ont été consignées dans un mémoire intitulé « Diabète et Pancréas ».

Selon M. Baumel, les altérations macroscopique et microscopique du pancréas amènent les mêmes accidents, elles suppriment ou diminuent la résorption du suc pancréatique; elles déterminent l'absence du ferment diastasique pancréatique dans le tube digestif et peut-être dans le foie, ces troubles entraîneraient la transformation incomplète des matières amylacées et partant l'excès de glycose dans l'organisme. M. Baumel pense comme M. Lépine que le traitement à instituer dans le diabète doit comprendre les préparations de pancréatine.

Les expériences de M. Defresne, publiées dans le n° 57 de la *Gazette des Hôpitaux*, confirment l'hypothèse de M. Baumel, elles donnent à penser que la glycosurie s'établit lorsque, le suc pancréatique ne s'écoulant pas en quantité ou en qualité suffisante dans l'intestin, le sang n'apporte plus au foie les zymases pancréatiques destinées à l'organisation du ferment de cette glande.

Dans les expériences de M. Defresne, le tiers des lapins mourut sous l'influence de la pancréatine en excès, le cinquième devint glycosurique et tous les sujets étaient devenus hyperglycémiques; par contre, la matière glycogène était en grande partie disparue dans le foie.

Ces expériences sont instructives, elles montrent que la pancréatine conserve ses propriétés diastasiques après son séjour dans l'estomac et que l'on peut compter sur elle dans le traitement du diabète. Pour mon compte, j'ai vu la pancréatine influer sur l'excrétion du sucre dans les deux cas de diabète suivants :

Je l'employais une première fois chez un goutteux chargé d'embonpoint, il excrétait 80 grammes de sucre par jour; j'attribuais les accès de goutte à l'élaboration incomplète des aliments, sous l'influence d'une vie trop sédentaire; dans le dessein de modifier les produits de la nutrition, je lui prescrivis de prendre, 4 fois par jour, 5 pilules de pancréatine Defresne, 3 heures après le repas. Les accès de goutte cessèrent, mais, ce dont je ne me rendis pas compte alors, le sucre disparut complètement de l'urine.

Un de mes amis, M. X..., architecte, est l'objet de ma seconde observation : il était de bonne constitution et d'un embonpoint modéré; cependant, depuis de longues années, il sentait le besoin d'aider sa digestion paresseuse en prenant quelques pastilles alcalines 2 heures après le repas. Vers l'âge de 55 ans il se plaignit de sécheresse à la gorge et d'urination fréquente, il émettait 200 grammes de sucre dans les 24 heures, l'appétit était vif, mais les digestions restaient mauvaises; dans le dessein de les améliorer, je lui prescrivis 5 pilules de pancréatine Defresne, 4 fois par jour, à prendre 3 heures après le repas et je lui conseillais de faire disparaître de son régime les aliments hydro-carbonés autant que possible; la digestion devint meilleure, le diabète diminua et l'excrétion du sucre se maintint entre 80 gr. et 120 gr. par jour, ce régime fut fidèlement observé pendant six années consécutives; à cette époque le sucre augmenta beaucoup dans l'urine, la teinte ictérique s'établit sans retour, les forces diminuèrent et l'émaciation devint très grande. Je soutins quelque temps mon malade avec la peptone Defresne, mais le cancer du pancréas continua son œuvre de destruction et le malade succomba.

J'estime que dans ce dernier cas la pancréatine retarda l'évolution du diabète maigre, et je pense que des doses plus élevées de pancréatine auraient permis de prolonger la lutte; aussi je me promets de renouveler ces observations en portant, s'il est nécessaire, la dose de pancréatine de 4 gr. à 8 gr. par jour, sous forme de pilules de 20 centigrammes, prises 3 heures après le repas.

Dr Fauconneau.

BIBLIOGRAPHIE

Congrès international de Zoologie. Compte rendu publié par M. Raphaël Blanchard. — Siège de la Société Zoologique de France, 7, rue des Grands-Augustins, Paris, 1890.

Cette publication des comptes rendus du Congrès international de Zoologie de 1889 fait le plus grand honneur au savant secrétaire général de la *Société Zoologique de France*. Il l'a surveillée avec un soin tout particulier, et l'impression de ce volume est réellement parfaite : point d'autant plus difficile à réaliser qu'un tel ouvrage a nécessité l'emploi de caractères spéciaux, du domaine des langues scandinaves, serbes, russes, etc.; par exemple, innovation très intéressante due à M. Blanchard et utilisée par lui dans le Bulletin et les Mémoires de la Société Zoologique. Nos publications médicales devraient bien suivre cet exemple. Ce volume contient une série de fort belles planches et des figures dans le texte.

Nous n'insisterons pas ici sur les diverses communications contenues dans ce volume, ni sur tous les renseignements relatifs au Congrès dont nous avons parlé l'année dernière. Qu'il nous suffise de signaler les rapports principaux et quelques notes ayant un certain intérêt d'actualité : par exemple les notices sur la *station zoologique volante du comité d'exploration de la Bohême*, question dont s'occupe tout spécialement notre distingué collaborateur G. Capus ; sur la *station fixe de Cette*; sur l'*exploration de la Mer Noire*; sur le *résultat des voyages de l'Hirondelle*, yacht du Prince A. de Monaco ; sur les *expériences de tératologie de M. Dareste;* sur les *lois biologiques du parasitisme*, etc., etc.

Les rapports que nous ne pouvons passer sous silence sont ceux de MM. Perrier et R. Blanchard. Le premier a trait aux *services que l'embryogénie peut rendre à la classification*; il doit être lu par tous ceux qui s'intéressent aux progrès des sciences biologiques. Le travail de M. Fischer n'est pas moins instructif, mais comme il indique seulement les *régions du globe, dont la forme est insuffisamment connue*, il est d'un intérêt moins général. Par contre, le rapport de M. Raphaël Blanchard, qui clôt très dignement ce magnifique volume, démonstration patente de l'adage bien connu : « La science n'a plus de frontières », est un petit chef-d'œuvre, des plus appréciés déjà à l'étranger, car un des premiers embryologistes de notre époque en faisait, devant nous, ressortir il y a quelques mois tout le mérite. On sait de quel sujet aride il traite pourtant : *De la nomenclature des êtres organisés*. M. Blanchard a su rendre ce savant mémoire agréable à lire pour tous ceux qui aiment les sciences naturelles. On ne saurait trop l'en complimenter. En tous cas, il constitue un document d'une réelle valeur. Il donne d'autant plus de prix au volume que nous signalons à l'attention du public scientifique qu'on trouvera en appendice toute une série de lettres émanant des premiers zoologistes modernes.

Anatomie artistique. Description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements; par le Dr Paul Richer, avec 110 planches dessinées par l'auteur. — Paris, E. Plon, Nourrit et Cie.

Le livre que j'ai l'honneur de présenter au public médical est l'œuvre bien personnelle d'un homme qui est à la fois et au plus haut degré un anatomiste savant et un artiste. D'autres diront, et avec plus de compétence que moi, les qualités d'art, de logique, de clarté qui recommandent ce traité d'anatomie artistique, non seulement aux artistes, mais encore à tous ceux qui veulent juger et goûter des arts représentatifs ; je veux dire ici, longuement s'il le faut, mais avec toute la conviction que la lecture et surtout le spectacle de l'œuvre ont mis en moi, combien un semblable traité était indispensable pour l'usage des médecins et des chirurgiens, et comme il vient très heureusement combler une lacune que nos classiques d'anatomie, tant descriptive que topographique, avaient jusqu'ici laissée béante.

On imagine aisément savoir son anatomie parce que l'on a, deux hivers durant, dans un amphithéâtre d'anatomie, coupé, disséqué, analysé les divers éléments dont l'assemblage constitue le corps humain. La prétention, pour justifiée qu'elle puisse paraître, est vaine ou peu s'en faut : pour preuve, mettez ce *fort en dissection* à l'hôpital, en présence d'un membre vivant, et priez le, puisqu'il connaît les dessous, de vous nommer et expliquer les saillies, sillons et méplats de ce membre ; son embarras sera grand ; il n'en sortira pas à son honneur si l'examen porte sur une région tant soit peu compliquée, jambe ou avant-bras.

Disséquer ne suffit donc pas ; contrôler sa dissection par le palper attentif de régions similaires, ce que peu consentent à faire, est encore insuffisant. En effet, le cadavre ne reproduit pas le vivant, et l'anatomie morte ne ressemble que peu à l'anatomie vivante.

J'écris cela, avec grande ardeur, parce que j'ai souffert de cette lacune dans mon instruction, parce qu'il m'est arrivé à l'hôpital, bien souvent, de rester égaré au cours d'*examens-diagnostics*, parce que j'ai longtemps tâtonné et que je ne suis pas toujours arrivé à trouver ce que je voulais, ni à me rendre compte de ce que je voyais et touchais. Or, mon histoire est l'histoire commune : c'est pourquoi nous ne cessons de répéter aux élèves : l'étude de l'anatomie commence à l'Ecole pratique, elle s'y achève sur le vivant à l'hôpital.

M. le Pr Charcot a bien souvent, dans ses cliniques, insister sur ce point avec toute sa grande et légitime autorité.

« Nous autres médecins, dit-il, nous devrions connaître le *nu* aussi bien et même mieux que les peintres ne le connaissent. Un défaut de dessin chez le peintre et le sculpteur, c'est grave, sans doute, au point de vue de l'art ; mais, en somme, cela n'a pas un point de vue pratique, des conséquences majeures. Mais que diriez-vous d'un médecin ou d'un chirurgien qui prendrait, ainsi que cela arrive trop souvent, une saillie, un relief normal pour une déformation ou inversement (1) ».

Or, cette étude médico-chirurgicale du *nu* ne peut se faire que sur le vivant.

Mais encore faut-il un guide ; ce guide, nous l'avons désormais.

Voici le plan de l'ouvrage :

Une première partie est consacrée à l'étude de l'anatomie pure : elle comprend l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. Voici ce qui la caractérise et lui donne un prix inestimable : les os sont d'abord représentés un à un, indépendamment des rapports que dans le squelette ils affectent les uns avec les autres ; et je puis bien dire que ces figures osseuses sont les meilleures, les plus exactes et les plus claires qu'il m'ait été donné de rencontrer ; l'anatomiste conseillant l'artiste y accentue d'un trait la ligne ou facette d'insertion, la gouttière, etc., qu'il importait de mettre en relief, pour bâtir logiquement sur ces os l'anatomie musculaire qui va suivre. D'autres planches nous montrent les os réunis ou groupés pour composer des parties de plus en plus étendues du squelette et déjà ces ligaments, qui ne forment point partie distincte, sont figurés avec les os qu'ils servent à maintenir. Tous les os sont ainsi figurés, seuls et sur leurs diverses faces, puis dans leurs rapports avec le squelette voisin. Un texte, sobre et concis, explique l'os isolément, puis dans ses rapports et, dans un paragraphe spécial, montre l'influence de l'ossature sur la morphologie.

Comme l'ont été tous les os, tous les muscles sont ensuite figurés : les premières figures sont consacrées aux muscles profonds, à ceux qui reposent directement sur le squelette ; méthodiquement, en tournant les pages suivantes, en remontant jusqu'aux muscles de la surface.

Ainsi le squelette s'habille du centre à la périphérie et le corps commence à prendre la forme qui lui est propre. La forme, le volume, les insertions de chaque muscle sont précisées et représentées.

La seconde partie de l'ouvrage traite des formes extérieures, c'est la partie morphologique. Les dessins, exécutés d'après nature, sur deux modèles qui, par la finesse de leur peau, la puissance de leur musculature et l'absence aussi complète que possible de tissu graisseux, offraient des formes claires pour l'étude et la démonstration, représentent la nature vivante dans sa forme extérieure et dans les parties profondes en relation de cause à effet avec celle-ci. Des planches, représentant les grands segments du corps pris isolément, permettent d'étudier la morphologie de chaque région dans ses moindres

(1) *Leçons du Mardi*, 30 oct. 1888, 2e année, p. 21.

détails ; lorsqu'il y a lieu, un croquis établit la comparaison entre la morphologie de l'homme et celle de la femme. D'autres planches montrent les changements que les différents mouvements du corps produisent dans la forme extérieure; dans chaque partie du corps, les mouvements élémentaires sont représentés dans des dessins spéciaux, et l'œil arrive ainsi facilement à se rendre compte des modifications subies par la forme extérieure dans les mouvements d'ensemble.

Les mouvements de rotation du membre supérieur, d'une étude si difficile, incompréhensible (personne ne me contredira) si, après avoir étudié leurs agents par la dissection on ne les voit à l'œuvre sur le vivant, ont été l'objet d'une étude particulière ; ils sont représentés à quatre moments différents : en supination, en pronation, en demi-pronation et en pronation forcée.

Je signale, en terminant, la disposition éminemment pratique du texte explicatif des planches qui, au lieu d'être renvoyé au bas de la page avec numéros correspondants, se trouve échelonné le long des figures avec lesquelles il est mis directement en rapport par de fines lignes pointillées. Et même pour laisser à certaines planches qui représentent le nu toute leur délicatesse et toute leur clarté, sans qu'il soit rien sacrifié de la précision scientifique, ce texte explicatif est placé sur une garde transparente qui vient exactement s'appliquer par dessus.

Tel est l'ouvrage de Paul Richer ; nécessaire aux artistes qui veulent comprendre ce qu'ils font et, devant leur modèle, ne se contentent pas du rôle de machine ou d'appareil photographique, il me paraît indispensable aux médecins et aux chirurgiens.

Je le crois également appelé à rendre de grands services aux étudiants en médecine qui commencent l'étude si difficile, mais si attrayante et si nécessaire, de l'anatomie.

Cet ouvrage, qui complète nos traités classiques, est tout à l'honneur de l'anatomie française. Paul Poirier.

Nouveaux éléments de diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère de l'estomac ; par M. G. Rauzier.

Le diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère de l'estomac est quelquefois très difficile, vu l'absence de signes pathognomoniques. Aux signes donnés par les classiques, sous toutes réserves, il est vrai, la clinique moderne a ajouté des procédés nouveaux tendant à faciliter la solution du problème. En 1886, M. Troisier observa l'envahissement des ganglions sus-claviculaires. En 1887, M. Hayem, et après lui M. G. Alexandre, signalent la leucocytose qui accompagnerait d'habitude les néoplasmes malins. Enfin, plus récemment, on a signalé dans le cancer stomacal l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Mais aucun des signes décelés par ces méthodes n'est constant. Enfin, vient le signe signalé par Romelaère en 1886, la diminution de l'urée urinaire.

L'auteur, tout en reconnaissant que l'hypazoturie n'est pas l'indice positif d'une tumeur maligne, accorde à ce signe une grande importance. Il cite l'observation d'un malade présentant une affection stomacale se traduisant par des douleurs excessives et continues à l'épigastre, des vomissements fréquents, des hématomèses noires et abondantes, une évolution aboutissant en trois mois à la mort dans la cachexie. L'absence de teinte jaune paille, de ganglions sus-claviculaires, d'hérédité cancéreuse, l'âge peu avancé du malade étaient en faveur de l'ulcère. La couleur des hématmèses et l'existence concomitante d'une tumeur du foie étaient en faveur du cancer. L'examen de l'urine montrant toujours un chiffre d'urée normal, on fit le diagnostic d'ulcère. A l'autopsie, ulcération elliptique au niveau du pylore, à bords taillés à pic, à fonds grisâtre. Autour, la paroi stomacale est épaissie. La tumeur du foie était un kyste hydatique multiloculaire. L'auteur conclut de cette observation et de deux autres analogues que, sans négliger les autres signes classiques et les procédés récemment indiqués, il faut accorder aux chiffres de l'azoturie quotidienne une importance diagnostique toute spéciale. Quand l'urée est normale ou plus abondante, c'est possible ; mais lorsqu'elle est diminuée, ce signe est sans valeur, car il se rencontre aussi dans un certain nombre d'affections stomacales non cancéreuses. L.-R. Regnier.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Du Restraint et du Non-Restraint en Angleterre (*Suite*) (1) ;

par le Dr **René SEMELAIGNE.**

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint des maladies mentales.

En 1829, un rapport du mois d'août constate que l'état général des malades est devenu tellement satisfaisant, que l'usage du gilet de force est presque tombé en désuétude.

Le 28 mars 1831, dans son septième rapport annuel, le Dr Charlesworth s'exprime ainsi : « Jusqu'ici on s'imaginait que le seul but d'un asile d'aliénés était d'assurer le maintien dans l'établissement de ces malheureux êtres, par n'importe quels moyens, quelque inhumains et quelque durs qu'ils fussent. Cette manière de voir est en train de disparaître, et l'exacte mesure de l'habileté d'un superintendant, dans le traitement des aliénés, sera tirée du peu d'usage qu'il fera des moyens de restraint. . . . . Pas plus tard que le 24 novembre dernier (1830), il n'y avait aucun malade en restraint, et cette heureuse occurrence s'est depuis renouvelée plus d'une fois. »

Et dans le neuvième rapport, avril 1883 : « Le but permanent dans l'établissement est de se dispenser des procédés de restraint, ou de les améliorer autant que possible. »

Enfin, en août 1834 : « J'éprouve, dit le médecin visitant, une grande satisfaction à constater qu'aucun homme n'a été soumis au restraint depuis le 16 juillet, et encore pour quelques heures seulement. »

A cette époque, M. Hadwen était chirurgien de l'asile et occupait cette place depuis quinze mois ; il quitta Lincoln en juillet 1835 et reçut à son départ les remerciements des directeurs, pour le petit nombre de cas où il avait eu recours au restraint à l'égard des malades confiés à ses soins. Le Dr Robert Gardiner Hill, qui le remplaça, suivit la même voie et put bientôt dire qu'aucun malade n'avait été soumis au restraint, ni renfermé dans une chambre, pendant une période de vingt-quatre jours. En 1836, aucun procédé de restraint ne fut mis en usage pendant trois mois ; et enfin, en 1837, le Dr Hill exprimait sa confiance dans l'abolition complète et prochaine du restraint mécanique. C'est ainsi que fut établi à Lincoln le système du non-restraint. D'après les rapports des médecins, il en résulta une grande amélioration dans la condition des malades ; la tranquillité de l'asile fut accrue, et le nombre des accidents et des suicides diminua considérablement. Pourtant, durant un certain temps, il y eut quelques mécomptes au succès du traitement nouveau, tels que côtes cassées, etc., accidents dus aux luttes entre gardiens et malades, et il est fort probable que si cet essai n'avait pas été poursuivi à Hanwell par le Dr Conolly, sur une plus vaste échelle et avec un succès beaucoup plus considérable, une réaction aurait suivi.

Conolly vint à Hanwell en 1839. Profondément intéressé par la tentative des Drs Charlesworth et Gardiner Hill, il employa, avant de prendre possession de son poste, ses quelques jours de liberté à visiter les asiles publics ; dans tous, excepté Lincoln, divers modes de coercition était mis en usage. « Ma visite à l'asile de Lincoln, dit-il, et mes conversations et correspondances avec Charlesworth et Gardiner Hill, ainsi que mes rapports fréquents avec Sergeant Adams, membre du Comité de Hanwell, qui portait beaucoup d'intérêt aux procédés en usage à Lincoln, m'ont fortement confirmé dans la croyance que le restraint mécanique pourrait être aboli avec sécurité et avantage dans n'importe quel asile ; et je pris possession de mes fonctions comme médecin résident et superintendant à l'asile de Middlessex, à Hanwell, le premier juin. Dans beaucoup d'asiles, on avait prêté quelque attention à l'œuvre de M. Hill, mais je remarquais

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 20, p. 402 et n° 21.

que ses vues étaient reçues avec défaveur, et parfois un esprit hostile, ou même une tendance à ridiculiser ; et je constatais aussi qu'elles étaient regardées avec défiance par les médecins de Hanwell.

« Toutefois, l'agitation produite par une question aussi nouvelle que l'abolition de ces modes de restraint qui, de temps immémorial, avaient formé une partie du traitement quotidien, avait amené, du moins à Hanwell, un emploi un peu moins extravagant des instruments coercitifs jusque-là mis en usage. Après le premier juillet, lorsque je demandais un rapport journalier du nombre de malades en restraint, il n'y en avait jamais plus de dix-huit par jour, chiffre qui paraîtra peu important sur huit cents malades ; après le 31 juillet, le nombre n'en dépassa jamais huit ; après le 12 août, un seulement, et à partir du 12 septembre, on n'eut plus jamais recours au restraint. »

A l'arrivée de Conolly à Hanwell, les instruments de restraint, disséminés dans les divers quartiers, se montaient à environ 600, pour la moitié des entraves et des menottes. Les gardiens étaient peu nombreux, mal payés, ne connaissant pas leurs devoirs ; les malades étaient, par suite, mal surveillés, d'où querelles, combats, blessures et accidents divers. Aucune attention n'était donnée aux soins de propreté, à la nourriture. La ventilation était défectueuse, les malades couchaient sur des lits de paille, remplis de puces et de vermine, et l'infirmerie, mal placée était dénuée de tout confort. Bientôt des changements notables vinrent donner une autre face à l'administration de l'asile.

La nourriture fut plus saine, plus abondante, les diverses parties de l'établissement furent ventilées et aérées, le nombre des gardiens accru, leurs gages augmentés ; ils furent choisis avec un soin plus scrupuleux. Dès lors, la surveillance étant active et efficace, les aliénés ne sont plus abandonnés à eux-mêmes dans les quartiers et les cours. L'habillement et la literie sont l'objet de soins minutieux. Les malades incapables de s'occuper ou hostiles à tout travail sont emmenés promener au dehors, et les cours sombres sont converties en jardins. On introduit dans la maison les récréations, les amusements, les services religieux.

Pendant que Conolly pratiquait à Hanwell son œuvre humanitaire, les Commissaires métropolitains ayant reçu, par un Bill de juillet 1842, des pouvoirs plus étendus, se livraient à une enquête approfondie sur l'état des asiles en Angleterre et dans le Pays de Galles, et publiaient un rapport détaillé en 1844.

Dans ce rapport, ils énumèrent les opinions des superintendants sur la question du restraint ; les uns tiennent pour, les autres contre. « Huit des superintendants qui emploient hardiment le restraint, ont émis l'opinion que, dans quelques cas, il est aussi salutaire que nécessaire, et aussi bien un agent de précaution qu'un remède ; trois d'entre eux ont déclaré qu'il est moins irritant que la contention par les mains, et l'un d'eux le préfère à la seclusion . . . .
Quant aux asiles où l'usage du restraint est absolument abandonné, dans quelques-uns, nous l'avons constaté, les malades étaient tranquilles et à l'aise; dans d'autres, au contraire, en proie à une excitation et à un trouble inaccoutumés . . . .
Depuis l'automne de 1842, un malade et un superintendant ont été tués ; une surveillante si sérieusement blessée que sa vie a été jugée en danger imminent (Maison du Dr P..., à Kensington) ; un autre superintendant a été mordu au point de causer de sérieuses appréhensions et de subir l'amputation du bras ; deux gardiens ont été si grièvement blessés, que leur vie a été en danger. Ces blessures et accidents ont été causés par des malades dangereux, et quelques-uns se sont produits dans des asiles où le système de non-coercition est volontairement pratiqué ou adopté par déférence pour l'opinion publique. »

A la suite du rapport est donné le résumé des opinions des médecins et superintendants des asiles sur la question du restraint ; voyons d'abord les arguments de ceux qui réclament un non-restraint absolu.

1° Leur pratique est la plus bienfaisante et la plus heureuse pour l'aliéné ; douceur au lieu de répression pendant la période d'excitation, et, dès la période de calme, encourager les malades à exercer leurs facultés, pour parvenir à se diriger complètement eux-mêmes.

2° La guérison obtenue par cette méthode a plus de chance d'être permanente, et en cas de tendance à rechute, le malade sera plus en état de résister à un retour de l'affection.

3° Le restraint mécanique est d'un mauvais effet moral ; il dégrade le malade dans sa propre estime, prévient tout effort de sa part, et empêche la guérison.

4° L'expérience démontre que la tranquillité est plus grande dans les asiles où le restraint est entièrement aboli.

5° Le restraint mécanique est passible de graves abus de la part des gardiens qui, souvent, y ont recours pour s'éviter de la peine et qui, même bien disposés envers les malades, ne sont pas aptes à juger jusqu'à quel point ils peuvent employer ce système.

6° Les malades peuvent être surveillés d'une manière aussi efficace sans le restraint mécanique ; pour le supprimer, il n'est nécessaire aux superintendants que de se procurer un personnel plus nombreux et d'établir un meilleur système de classement parmi les malades ; quant au surcroît de dépense qui peut en résulter, ce n'est pas une chose à considérer, lorsqu'il s'agit du bien-être des malades.

D'autre part, les médecins et superintendants qui adoptent le non-restraint comme mesure générale, mais admettent des exceptions dans les cas extrêmes, donnent les raisons suivantes pour l'emploi occasionnel d'une légère coercition :

1° Il est indispensable de posséder et d'acquérir, aussi vite que possible, un certain degré d'autorité ou d'influence sur les malades pour leur faire observer certaines règles salutaires établies dans leur intérêt.

2° Bien qu'autorité ou influence soient obtenues la plupart du temps par bienveillance et persuasion, il est des cas fréquents où ces moyens échouent complètement. Il est alors nécessaire d'avoir recours à autre chose, et de montrer au malade que, à défaut de sa bonne volonté, le superintendant a le pouvoir de le contraindre.

3° Un judicieux emploi d'autorité, allié à la bienveillance et quelquefois à l'indulgence, a souvent mieux réussi que toute autre méthode.

4° Il a été constaté en maintes circonstances que l'emploi occasionnel d'un léger restraint mécanique a eu pour résultat le calme de jour et la tranquillité de nuit.

5° Il empêche mieux que toute surveillance les malades d'exercer des sévices sur eux-mêmes ou sur les autres.

6° La surveillance des malades, surtout dans les grands établissements, dépend nécessairement des gardiens, en qui on ne peut toujours avoir confiance et dont la patience, en cas de violence extrême, est souvent vite épuisée. Dans de telles occasions, un restraint modéré rend plus complète la sûreté des gardiens et contribue davantage à la tranquillité et au bien-être des autres malades.

7° Dans beaucoup de circonstances, un restraint mécanique, modéré, irrite moins l'aliéné et a moins de chance de l'épuiser, que l'acte de le maintenir par la force manuelle, ou de le faire transporter et confiner dans un réduit où on lui laisse la liberté de s'agiter violemment pendant des heures.

8° La dépense nécessitée par un grand nombre de gardiens est impraticable dans les asiles où on ne reçoit qu'une petite quantité de pauvres.

9° L'emploi occasionnel d'une légère coercition, surtout dans les cas de grande agitation, a en plus cet avantage qu'il permet au malade de se promener à l'air libre, au lieu de rester confiné.

10° Le système du non-restraint ne peut être mis sûrement à exécution sans un surcroît de dépenses considérable, point de vue important, si l'on désire se former une opinion exacte des avantages qui doivent résulter de l'adoption ou du rejet d'un tel système.

11° Le bénéfice du malade, si réellement il existe, n'est pas la seule chose à considérer; on doit rechercher s'il n'est pas acheté au prix du danger que courront et le malade lui-même, et ses gardiens, et les autres aliénés, une fois le restraint aboli.

12° Quand un malade est emmené de force et enfermé dans une chambre étroite ou une cellule, c'est évidemment une coercition sous une autre forme et sous un nom différent, et l'effet moral qui en résulte est tout aussi mauvais que celui produit par le restraint mécanique.

Tels sont les arguments donnés à cette époque pour ou contre le non-restraint et réédités dans toutes les discussions que ce sujet à fait naître depuis lors. Dans leur rapport de 1847, les commissaires métropolitains déclarent que le sort des aliénés est amélioré, mais que, dans beaucoup d'établissements privés et dans quelques établissements publics, on a recours à un restraint sévère et inutile.

(*A suivre*).

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

(4e Trimestre de l'Année Scolaire 1889-1890).

Inscriptions et Consignations.

I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 25 juin 1890. Il sera clos le jeudi 17 juillet 1890, à 3 h. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi. 1° Inscriptions de première année, les mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 juin 1890; 2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 juillet 1890; 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e et 4e années (Officiat), les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mardi, 15, mercredi 16 et jeudi 17 juillet 1890. — MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés: L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. — MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté: il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 juillet 1890.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des hopitaux.— MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. — Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (Doctorat) et de la 5e (Officiat); il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sous la présentation de la feuille d'inscriptions Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre, novembre et décembre, 56 jours; 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours; 4e trimestre, juillet à octobre, 56 jours.

II. *Consignations.* — I. Les élèves ajournés, à la session de novembre 1889, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 11 et jeudi 12 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 23 au 28 juin. — II. Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 18 et jeudi 19 juin (Ils prendront la 4e inscription du 25 au 28 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 30 juin). Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté. — III. En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1890, dernier délai (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. *Ostéologie.* — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1890. MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 23 juin; et à la session d'automne, du 20 au 31 octobre). (Arrêté par la commission scolaire dans sa séance du 30 mai 1890.)

L'Autonomie des Universités.

Voici le discours prononcé par M. Bourgeois aux Fêtes du Centenaire de Montpellier, discours dont nous avons déjà cité un passage dans le *Bulletin*.

Monsieur le Président de la République,
Messieurs,

Mon premier devoir est d'adresser, au nom du gouvernement de la République française, un salut et un remerciement aux maitres étrangers qui ont répondu au cordial appel des maitres de Montpellier.

Comme aux époques glorieuses que rappelait tout à l'heure avec tant de grace et d'élévation M. le professeur Croizet, Montpellier reçoit aujourd'hui dans ses murs, avec les maitres de la science française, les représentants de la science universelle, et ils sont venus de tant de points divers qu'il faudrait, pour remplir complètement envers eux le devoir de l'hospitalité, que les docteurs de Montpellier eussent comme Rabelais, leur ancêtre, ce don miraculeux des langues qui lui fit, dit-on, gagner devant le chancelier de France la cause de l'Université.

Après les maitres, je salue aussi les étudiants. C'est avec joie, messieurs les habitants de Montpellier, que vous avez vu répondre à votre appel cette affluence d'amis nouveaux attirés à la fois par la vieille gloire de votre maison d'études et par le bon renom de la politesse française. Cette joie, nous la partageons avec vous, et avec nous la partagent, en France et hors de France, tous ceux qui ont au cœur le souci et l'espoir d'une humanité meilleure et plus heureuse. Car de cette camaraderie nouvelle entre jeunes gens de patries différentes peut sortir, comme un fruit naturel, l'apaisement des colères et des haines, le regret des luttes de la force, le respect croissant du droit des individus et des nations et le sentiment qu'au-dessus des querelles s'ouvre pour toutes les bonnes volontés un domaine de paix, de conciliation et de rapprochement où la diversité des langues n'empêche pas la communauté des pensées, et où les esprits soumis à la vérité s'apaisent dans la contemplation des lois éternelles.

Messieurs, s'il me fallait donner leur vrai nom à des fêtes comme celles-ci, je les appellerais simplement les fêtes de la vérité. Il n'est pas de fête humaine qui ait de signification plus élevée, et c'est pour notre chère patrie une belle et consolante chose d'en pouvoir offrir de pareilles, grâce au renom de gloire qu'ont su conserver nos plus vieilles écoles. La science universelle vient ici saluer un de ses berceaux. Ces six siècles d'activité toujours jeune et parfois rayonnante, que M. le recteur rappelait éloquemment tout à l'heure, ont laissé dans l'esprit des hommes d'études des souvenirs profonds, et c'est vraiment justice qu'on soit venu de toutes parts rendre hommage aux grandes mémoires de l'Université de Montpellier.

. . . .

. . . . (Voir page 437, cette partie du discours de M. le Ministre). . . . .

Messieurs, la science est une : il faut que la jeunesse de nos écoles en ait conscience. Le but de l'enseignement supérieur ne doit pas être seulement la préparation à une carrière, quelque elevée qu'elle puisse être. Ce role est nécessaire, il faut qu'il soit consciencieusement rempli; mais il n'est que la moindre partie de la tache.

La culture generale de l'esprit, que l'étudiant a commencé à recevoir sur les bancs du lycee, ne peut cesser brusquement au moment même où son esprit est mur pour des idées générales, ou la vie va poser pour lui tous ses problèmes, mettre a l'épreuve toutes les forces de son esprit et de sa volonté. Il faut qu'à côté,

au-dessus des connaissances spéciales qui vont faire l'objet de son étude, il sente toujours présentes les vérités plus générales dont celles-là ne sont que des applications particulières et comme subordonnées. Il ne faut pas qu'il oublie que la méthode de recherche ou de démonstration qui est propre à la science limitée qu'il approfondit n'est pas la seule, que d'autres méthodes existent, d'autres modes de preuve. Il acquerra ainsi une vue plus exacte des choses, il aura l'esprit mieux fait, et plus justement équilibré, il ne versera pas dans cette insuffisance particulière qu'on appelle l'esprit de spécialité et qui m'a toujours paru être une des formes les plus dangereuses de l'ignorance.

Il y a plus, messieurs, vous me permettrez de le dire, ce qui sera profit pour les étudiants le sera pour les maîtres eux-mêmes et par là pour l'enseignement public tout entier.

C'est un philosophe français qui a, le premier, montré la loi historique du développement des sciences et comment les progrès de chacune d'entre elles avaient été et devaient être toujours nécessairement liés à certaines découvertes des autres. Quelles réactions incessantes et chaque jour plus évidentes entre les mathématiques et les sciences physiques, entre celles-ci et les sciences de la vie, entre ces dernières et les diverses sciences de l'homme, qu'il s'agisse de l'analyse de ses facultés pensantes, de l'évolution de son langage ou du développement de sa vie sociale !

Combien les anciennes limites, qui semblaient infranchissables, entre les divers ordres de connaissances, sont devenues aujourd'hui mobiles et fuyantes ! Comment classer la science géographique depuis qu'un Elisée Reclus en a fait l'encyclopédie de la terre et de l'homme? Rattacherez-vous la cité antique de Fustel de Coulanges à la science du droit ou à celle de l'histoire ? L'homme de génie qui a préservé l'humanité du fléau de la rage a-t-il fait œuvre de chimiste, de physiologie ou de médecine ?

Plus la grande œuvre d'interprétation scientifique du monde s'avance, plus l'unité des lois naturelles se révèle à nos esprits, et plus s'impose à ceux qui cherchent — et la recherche des vérités nouvelles est la fin dernière de l'enseignement de nos hautes écoles — cette nécessité des vues d'ensemble, cette faculté de se porter librement vers tous les objets de la connaissance à laquelle certainement pensait votre grand Rabelais, — on y revient toujours, lorsqu'il définissait dans un langage magnifique, que Pascal luimême n'a pu que reprendre, cette sphère intellectuelle « de laquelle en tous lieux est le centre et n'est en lieu aucun la circonférence ».

Messieurs, donnons à la recherche scientifique dans notre pays son unité, donnons-lui sans crainte et sans défiance sa légitime indépendance. Laissons se développer dans la liberté les jeunes universités de la République et ayons foi dans leur avenir !

Congrès international de médecine de Berlin.
(Août 1890).

Le ministre de la guerre vient de déléguer au Congrès de Berlin, pour représenter le corps de santé militaire français, quatre médecins militaires : M. le médecin principal de première classe, Kelsch, professeur de maladies épidémiques à l'Ecole du Val-de-Grâce ; M. le médecin principal de 2e classe, Regnier, médecin-chef de l'hôpital divisionnaire de Nancy ; MM. les médecins majors de 2e classe Schneider, attaché au cabinet de M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; et M. Nimier, agrégé du cours des opérations et appareils à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Voilà qui est décidé : *On va officiellement au Congrès médical de Berlin*, comme on a été au Congrès socialiste. Il y aurait donc intérêt à ce que le Ministère de l'Instruction publique se préoccupe de choisir ses délégués. Il est grand temps de se décider. Il y aura deux choses très importantes à Berlin, toutes les deux d'ailleurs *internationales : 1° Un Congrès médical* ; *2° Une Exposition d'instruments ayant trait aux diverses sciences biologiques* (médecine, chirurgie, physiologie, hygiène, etc.), comme nous l'avons déjà annoncé. Nous souhaitons très sincèrement que M. le Ministre ait l'idée de se faire rendre compte de ces deux manifestations de la vie scientifique internationale ; mais nous sommes obligés de constater dès maintenant que l'Exposition en question semble avoir laissé absolument froids les industriels français, ce qui est fort regrettable. Comment expliquer de telles inconséquences ? Ils accusaient l'année dernière certains pays étrangers de n'avoir pas exposé au Champ-de-Mars, et cette année ils les imitent ! Nous aurions dû pourtant être les premiers à montrer que les intérêts majeurs de la science doivent primer certaines considérations d'ordre moins élevé. Peut-être cela tient-il à ce que l'on ne s'est pas senti au début, il y a quelques mois, suffisamment soutenu en haut lieu ? Mais alors, comment expliquer la décision assez tardive du ministère de la guerre ? La presse médicale a parlé franchement : à chacun de faire son devoir, en s'inspirant uniquement de l'intérêt de la science et du pays. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — 1er *de Doctorat :* MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Poirier.— (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Déjerine. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Kirmisson. — (2e partie): MM. Fournier, Rendu, Chauffard.

MARDI 3. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lefort, Polaillon, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Panas, Quénu, Bar. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Ballet. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Proust, Hutinel, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Villejean, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Duguet, Hallopeau. — (2e *Série*) : MM. Ball, Cornil, Gilbert.

MERCREDI 4. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Farabeuf, Delens, Netter. — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Poirier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Pinard, Segond, Jalaguier — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. Ricard. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Brissaud, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Potain, Rendu, A. Robin.

JEUDI 5. — 2e définitif d'officiat : MM. Ball, Campenon, Quinquaud. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Poirier, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Quénu, Nélaton. — (3e *Série*) : MM. Duplay, Remy, Bar. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Duguet, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Ballet.

VENDREDI 6. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : Delens, Segond, Tuffier. — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Poirier, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Rendu, Chantemesse.—4e *de Doctorat*: MM. Potain, Netter, Brissaud.— 5e *de Doct.* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Reynier, Ribemont-Dessaignes. —(2e partie) (1re *Série*): MM. Hayem, A. Robin, Chauffard.—(1re partie) (2e *Série*) : MM. Straus, Déjerine, Letulle.

SAMEDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duguet, Brun, Poirier.— (2e *Série*): MM. Cornil, Mathias-Duval, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Bar (2e partie) : MM. Debove, Hutinel, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Gilbert, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon. (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 4. — M. Janet. Les troubles psychopathiques de la miction. — M. Wickham. Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes du cancer. Maladie de la peau dite de Paget.

JEUDI 5. — M. Paulin. Du pied bot phlébitique. — M. Corbisier. Etude du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique. — M. Monmarson. Court aperçu historique et critique sur les diathèses. — M. Bar. Essai sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales.

FORMULES

Traitement de l'Eczéma de l'Anus.

Il est un fait bien connu que l'eczéma de l'anus et des parties génitales des deux sexes résiste fréquemment à tous les remèdes connus qui guérissent rapidement les mêmes affections sur les autres parties de la peau. Selon Unna (Traité de Dermatologie pratique) cette résistance au traitement provient en partie de ce que cette affection se trouve en contact avec une surface muqueuse et avec ses écoulements irritants ; du voisinage de nerfs nombreux, faisant naître une démangeaison si forte qu'elle force à se gratter et rend la plupart du temps inefficaces les remèdes employés ; finalement, elle est due à la difficulté que l'on éprouve à appliquer un médicament dans cette région.

La majorité de ces cas peut se guérir par l'application de bandages bien faits et de lotions ou d'onctions, par des cautérisations à l'acide carbonique ou le sublimé corrosif, par l'emploi de la cocaïne, ou encore mieux par des fomentations d'eau très chaude.

Lorsque, en dépit de tout cela, l'eczéma s'aggrave, que la peau, par suite de l'accroissement du tissu connectif, offrant l'aspect d'un

développement cellulaire, ainsi que l'apparence aqueuse d'une cicatrice, la démangeaison devient insupportable, et le malade, par suite d'insomnie, s'affaiblit physiquement et moralement, on ne devrait pas hésiter à recourir à l'anesthésie locale ou générale, et avec un large cautère Paquelin brûler doucement les parties atteintes, de sorte que, si on n'appliquait pas immédiatement les remèdes convenables, il en résulterait une brûlure au second degré.

Avant que l'anesthésie ne soit finie, employer soit une solution de borax à 5 0/0 additionnée ou non de cocaïne, de l'huile de barron à laquelle on ajoute 2 0/0 d'acide carbolique, soit une solution à 2 0/0. On emploie surtout la formule suivante :

Huile de lin	00 cent.
Eau de chaux	00 —
Oxyde de zinc.	00 —
Craie	àa àa 5 parties
Iodoforme	de 1 à 5 parties.

Au moyen du traitement ci-dessus, on peut guérir fréquemment un eczéma qui daterait de plusieurs mois ou de plusieurs années. (*Journ. of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 mai 1890 au samedi 24 mai 1890, les naissances ont été au nombre de 1195 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 458 ; illégitimes, 149, Total, 607.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 mai 1890 au samedi 24 mai 1890, les décès ont été au nombre de 1068 savoir : 567 hommes et 501 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 3, T. 8. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 31, F. 28, T. 59. — Scarlatine : M. 7, F. 1, T. 8. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 14, F. 22, T. 36. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 87, T. 212. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 8, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T, 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 32, T. 51. — Méningite simple : M. 28, F. 27, T. 55. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 15, T. 41. — Paralysie : M. 2, F. 3, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 5, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 25, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8, T. 22. — Bronchite chronique : M. 15, F. 16, T. 31. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 16, T. 27. — Pneumonie : M. 20, F. 30, T. 50. — Gastro-entérite, biberon, M. 38, F. 18, T. 56. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 5, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 1. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 11, F. 13, T. 24. — Sénilité : M. 11, F. 21, T. 32. — Suicides : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres morts violentes : M. 9 F. 7, T. 16. — Autres causes de mort : M. 111, F. 85, T. 196. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 7, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30, illégitimes, 14. Total : 44 — *Sexe féminin :* légitimes, 25 ; illégitimes, 18. Total : 43.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le Prosectorat.* — La première épreuve de ce concours (composition écrite) est remise au lundi 2 juin, à midi.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour deux places de *chef de clinique médicale* sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 30 juin 1890, à neuf heures du matin. Les chefs de clinique sont nommés pour un an. Toutefois, sur la proposition du professeur et après avis favorable de la Faculté, ils peuvent être prorogés d'année en année, sans qu'en aucun cas la durée totale de leurs fonctions puisse excéder trois ans. Le traitement annuel est de 1,000 francs. Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions à dater du 1er novembre 1890. — Un concours pour une place de *chef de clinique obstétricale* sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 7 juillet 1890, à neuf heures du matin. Les chefs de clinique sont nommés pour un an.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 1er juin à Fontainebleau. Rendez-vous à la gare de Lyon, à 7 heures précises, pour le train partant de Paris à 7 h. 35 pour la station de Fontainebleau. Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Ecole *avant vendredi 1 heure.*

Ecole de santé de la marine. — La Commission nommée par M. le Ministre de la Marine pour étudier les projets d'installation de l'Ecole de médecine navale est de retour à Paris depuis dimanche dernier. Elle a visité tout d'abord l'Ecole de santé militaire de Lyon, dont elle désirait connaître le fonctionnement ; puis elle s'est rendue successivement à Marseille, à Montpellier et à Bordeaux, pour se rendre compte sur place des ressources matérielles scientifiques offertes par ces trois villes. Nous croyons savoir que M. Béranger Féraud, l'éminent Directeur général du service de santé de la marine, et M. Guinand, directeur du personnel, qui composent la commission, ont visité dans tous leurs détails et avec la plus scrupuleuse attention la Faculté de médecine et les divers emplacements que l'administration municipale est disposée à offrir à la marine. Ces messieurs ont paru rapporter de cette visite et de cet examen détaillé une impression très favorable. Nous avons tout lieu de penser qu'une solution conforme à nos légitimes espérances ne tardera pas à intervenir. (*Journal de Médecine de Bordeaux*).

Universités étrangères. — *U. d'Heidelberg.* — Le bruit court à Berlin que l'Université d'Heidelberg serait supprimée. Cependant, dans les cercles compétents, on dit qu'il n'est pas probable que cette mesure soit prise pour le moment. (*Temps.*)

Hôpitaux de Paris. — *Nominations.* — M. le Dr Ballet, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de la Maison de retraite de la Rochefoucauld. M. le Dr Quénu, chirurgien de l'hospice d'Ivry, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre. M. le Dr Nélaton, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice d'Ivry.

Concours du Bureau central en chirurgie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Broca, ancien prosecteur à la Faculté de médecine, et de M. Walther, ancien prosecteur des Hôpitaux.

Concours du Bureau Central en médecine. — Les épreuves continuent (séances de lecture) à l'hôpital de la Charité, les mardis, jeudis, samedis à 3 heures.

Académie des sciences de Vienne. — L'Académie des sciences de Vienne vient de nommer membre correspondant M. van Tieghem, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Institut de France.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Limoges* (7-14 août 1890). — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Limoges, du 7 au 14 août 1890. M. le Pr Teissier, président de la 12e section (sciences médicales), dans une lettre-circulaire qu'il adresse à ses confrères, prie de vouloir bien faire connaître au plus tôt les titres des mémoires ou communications que l'on aurait l'intention d'y présenter. Il appelle plus spécialement l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à réunir à l'occasion de cette session le plus grand nombre de travaux possible sur l'*Influenza.* Une discussion générale basée sur les observations des médecins venus des points les plus éloignés du territoire serait particulièrement profitable et contribuerait certainement à éclairer la nature de l'épidémie dernière et à augmenter l'importance des prochaines assises de la section médicale.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur, est promu à la première classe (7,000 fr.) M. le Pr Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron.

Congrès annuel d'aliénation mentale. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu à Rouen, du 4 au 8 août. Le programme comprend : 1° Question de pathologie mentale. — Relations de la paralysie générale et de la syphilis. — 2° Question de médecine légale. — Le projet de revision de la loi du 30 juin 1838. — 3° Mémoires présentés par les membres du Congrès. — 4° Visite des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. — Les adhésions sont reçues par M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile Saint-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Distinctions honorifiques. — Au cours du voyage du Président de la République à Montpellier, à l'occasion des Fêtes universitaires, les palmes académiques ont été accordées à MM. les Drs Gros et Cavaillon ; à M. Tollet (construction de l'hôpital de Montpellier) ; à MM. les Drs Pezet et Vigueroux (de Montpellier). M. le Dr Mougeot a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. M. le Dr Chaigneau (de Fontenay-le-Comte) a reçu les palmes académiques (voyage de M. le Ministre des travaux publiques en Vendée).

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Lyon vient de condamner le sieur Nizier Philippe à 46 amendes de 15 fr. chacune, à raison de 46 faits d'exercice illégal de la médecine relevés contre lui.

Hygiène publique. — *Dépôts mortuaires dans les cimetières.* — Le conseil d'hygiène de la Seine a examiné, sur la demande de l'administration préfectorale, la question des dépots mortuaires à établir dans les cimetières Montmartre et du Père-Lachaise. Le

plus grand nombre des villes d'Allemagne ont édifié des maisons mortuaires où les corps de décédés sont placés en attendant qu'ils présentent les signes certains de la mort. Il en existe de nombreuses en Angleterre, en Italie, et MM. Seval, en Belgique, Lamouroux, Lacassagne, Arnould, Chassaing, Swingedan, en France, nous en ont donné des descriptions très complètes, et, au conseil de salubrité de la Seine, la question a été posée plusieurs fois. Après avoir fait l'historique de l'affaire en France et tout particulièrement à Paris, M. Brouardel a étudié l'installation des deux dépôts projetés et conclut en faveur de leur construction sous réserves de mesures hygiéniques à prendre. Le conseil d'hygiène, après avoir entendu les observations de MM. Rochard, Alphand, Levraud et de Luynes, a donné son approbation aux conclusions du rapport de M. Brouardel.

La médecine au cours de l'Expédition, en Afrique, de Stanley. — M. le Dr Parke, médecin de la colonne d'Expédition de Stanley, a rendu compte, devant la Commission royale de vaccination, des bienfaits qu'avait rendus la vaccination à ceux des soldats qui ont pu être vaccinés.

Pharmacies tenues par les sœurs. — M. le Dr Chassaing a l'intention d'interpeller prochainement le Ministre de l'Intérieur pour obtenir la fermeture immédiate de toutes les pharmacies de sœurs existant partout où il y a un médecin ou un pharmacien établi. Dans certains départements, notamment le Puy-de-Dôme et la Lozère, leur nombre (dans ces conditions) s'élève à plus de 50. Ceux de nos lecteurs qui connaissent des faits de ce genre nous obligeront en nous les signalant.

Médecins marchands de whisky en Amérique. — Dans l'Etat d'Iova, raconte le *N. J. med. J.*, une loi antialcoolique, qui vient d'être votée, aurait eu de singulières conséquences. Tandis que, en effet, tous les commerçants, et même les pharmaciens, sont soumis à une règlementation sévère en ce qui concerne la vente du whisky, les médecins peuvent prescrire et vendre ce liquide sans aucune restriction. Aussitôt après le vote de cette disposition légale, le nombre des médecins aurait rapidement augmenté et *nombre de cabinets de consultation* seraient devenus de véritables tavernes. Aux Etats-Unis, les réclamations de toutes parts s'élèveraient pour qu'on porte remède à une situation qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses pour la dignité des médecins sérieux. Pourtant le rédacteur du *New. J. med. J.* prétend qu'il ne s'agit là que d'une affirmation purement gratuite et, d'après lui, ni dans l'Iova, ni dans aucun autre Etat de l'Union, un médecin régulier n'a jamais consenti à se transformer en cabaretier. Nous sommes convaincu, comme lui, qu'il ne s'agit là que d'une exagération, ayant probablement pour base des faits se rapportant à de vulgaires charlatans.

Missions scientifiques. — Le ministre de l'instruction publique vient de donner les missions scientifiques suivantes : M. le Dr Teissier, médecin des hôpitaux de Lyon, est chargé d'une mission en Russie à l'effet d'y étudier les causes de l'influenza. — M. le Dr J. Jullien est chargé d'une mission en Australie, dans la Tasmanie et la Nouvelle-Zélande, à l'effet d'y poursuivre des recherches de zoologie relatives à la classification et à l'anatomie de l'ordre des Bryozoaires. — M. le Dr Delvaille est chargé d'une mission en Espagne, pour y étudier les questions relatives aux exercices physiques, aux jeux et à l'hygiène scolaires. — M. le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Suisse et en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 1er juin 1890, à Gentilly, Bicêtre, Villejuif et Arcueil. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, porte d'Italie, aux fortifications, à midi précis. On sera rentré à Paris à 5 heures. *Nota :* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

Superstitions médicales. — Une dépêche d'Angers publiée dans le *Radical* du 25 mai expose le fait suivant : « Il vient de se passer, dans une commune toute voisine d'Angers, un fait épouvantable. Un enfant de Saint-Lambert-la-Potherie, âgé de treize ans, souffrait de rhumatismes ; sur les conseils d'une herboriste d'Angers, les parents le ficelèrent nu dans une couverture de laine dans laquelle ils avaient préalablement étendu une couche épaisse de feuilles de lierre fortement chauffées au four et l'y laissèrent plusieurs heures. Une heure après, l'enfant mourait cuit. La justice est saisie ». Ce fait montre combien il est nécessaire d'appliquer la loi sur l'instruction primaire et combien il serait nécessaire d'enseigner aux enfants de la classe la plus avancée des notions de physiologie et d'hygiène, de façon à leur faire comprendre que c'est au médecin qui a étudié qu'il faut s'adresser quand on est malade, de même qu'on va chez l'horloger quand on a une montre qui ne marche pas.

Société de médecine de Toulouse. — *Prix.* — La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question suivante : *Sur l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections de la poitrine et de l'abdomen.* Le prix, de la valeur de 600 fr. (prix Gaussail), a été partagé entre M. Tachard (400 fr.), médecin-major de 1re classe à l'Hôtel des Invalides, et MM. Destot, Dor et Rivoire (200 fr.), internes des hôpitaux de Lyon.

Nécrologie. — M. Louis Soret, l'éminent physicien de Genève, qui avait, il y a quelques mois à peine, été élu correspondant de l'Académie des Sciences. M. Soret laisse derrière lui un bagage scientifique très apprécié. Plusieurs de ses ouvrages sont devenus classiques; tous sont estimés dans le monde savant, notamment ses recherches sur la densité de l'ozone, sur la dispersion de la lumière, sur la température du soleil, etc., etc. — On annonce de Toulouse la mort subite, à l'âge de 89 ans, de M. le Dr Noulet, professeur honoraire à l'Ecole de médecine, directeur du musée d'histoire naturelle. — M. le Dr Lebouvier (Saint-Laurent-des-Autels, Maine-et-Loire).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. Hallopeau a commencé ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 24 mai, à 10 heures du matin et les continue les samedis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

Hôpital du Midi. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles Mauriac, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 23. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 JUIN 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux ;

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux.

Depuis que M. le professeur Charcot a publié le résultat de ses recherches sur le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension (1), de nombreux travaux se sont succédé sur la matière, les uns vantant la méthode, les autres se montrant plus réservés, quelques-uns émettant des doutes sur son efficacité.

Notre intention n'est pas d'analyser ces différents travaux, dont on trouvera la critique fort bien faite dans les *Revues* de M. Raoult (2), auxquelles nous renvoyons le lecteur. Nous croyons plus intéressant d'exposer quels résultats ont été obtenus à la Salpêtrière, depuis le 20 mars 1889, date de la dernière communication de M. Charcot, et aussi d'insister sur quelques nouveaux détails de technique.

Cependant nous ne pouvons résister au désir de dire quelques mots de deux récentes communications faites, le 21 avril et le 5 mai 1890, à la Société de médecine interne de Berlin, par MM. Rosenbaüm et Guttmann, car les résultats énoncés par ces auteurs se rapprochent tellement de ceux que notre éminent maître a obtenu dans son service, qu'ils sont, par leur identité même, la meilleure confirmation de l'efficacité du traitement.

Exposons d'abord les résultats obtenus dans le service de M. Charcot. Depuis le 20 mars 1889, un très grand nombre de malades se sont présentés à la Clinique des maladies du système nerveux pour être traités, par la suspension, d'affections d'ailleurs très variées.

Trois groupes de malades méritent seuls d'être retenus, car les essais qui ont été faits dans les divers autres sont restés infructueux.

Le premier groupe, de beaucoup le plus considérable, comprend les ataxiques ; le second, les paralytiques agitants ; le troisième, les sciatiques chroniques. Nous ne faisons que signaler ce dernier dans lequel nous noterons quelques résultats encourageants.

Presque tous les paralytiques agitants, surtout lorsqu'ils se présentaient à la période moyenne de leur maladie, ont retiré des bénéfices de la méthode, portant principalement, comme l'avait déjà montré M. Charcot dans sa 10e *Leçon du Mardi*, sur l'amélioration de l'état général, du sommeil, sur la grande atténuation des phénomènes de rigidité douloureuse. Nous suivons ainsi depuis plus d'un an des malades que seul ce mode de traitement a pu soulager ; nous insistons sur ce fait qu'il ne faut pas, au début du traitement, que l'affection soit arrivée à la période d'impotence complète.

Nous arrivons à l'ataxie locomotrice, comprenant la grande majorité des cas représentant un total de plus de 500 individus avec grande prédominance du sexe masculin, ainsi qu'il est de règle pour cette affection.

D'une façon générale, nous n'avons rien à ajouter aux considérations exposées dans la 10e *Leçon du Mardi*, mais, tablant sur une statistique plus étendue, nous dirons :

100 ataxiques à la période moyenne de leur affection, soumis à la suspension, peuvent, après 30 à 40 séances, être divisés ainsi qu'il suit :

20 à 25 sont améliorés suivant la totalité des symptômes de leur maladie, particulièrement les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, les troubles génito-urinaires, sans qu'il y ait de changement dans les troubles oculaires et le signe de Westphall.

30 à 35 ressentent, à des degrés divers, une amélioration d'un ou plusieurs, mais non de la totalité des symptômes.

Les autres, 35 à 40 °/o environ, ne retirent aucun bénéfice, ou du moins ne retirent que des bénéfices trop passagers pour entrer en ligne de compte dans les résultats favorables à mettre à l'actif du traitement par la suspension.

Dans les deux premières catégories, les résultats obtenus sont durables à la condition que la suspension soit continuée, tout au moins dans certaines conditions que nous indiquerons bientôt. Nous appuyons ces considérations sur des malades que nous observons depuis plus d'un an et demi.

En résumé, amélioration très marquée dans 25 °/o des cas ; amélioration incomplète, quant à la totalité des symptômes, dans 30 à 35 °/o ; résultat négatif pour le reste des malades.

A part quelques cas de syncope passagère, deux cas de paralysie radiale temporaire par compression, nous n'avons jamais vu survenir d'accidents sérieux sur un total de plus de 10,000 suspensions pratiquées à la Salpêtrière.

Voyons maintenant les résultats obtenus par MM. Guttmann et Rosenbaüm, et rapportés à la Société de médecine interne de Berlin.

« A l'hôpital Moabit, dit M. Guttmann, on a traité un certain nombre d'affections nerveuses par la suspension : 10 cas de tabes, 2 cas de myélite, 1 cas de cempression traumatique de la moelle, 7 cas de sciatique, etc. » Nous ne retenons de cette communication que ce qui a trait au tabes et à la sciatique. « Le résultat a été négatif pour 3 cas de tabes ; dans 5 autres cas de la même affection il a été, au contraire, très remarquable. Les phénomènes ataxiques, la paresthésie, les douleurs lancinantes, ont été notablement améliorés. Dans aucun des cas on n'a pu constater une influence quelconque sur le rétablissement du réflexe patellaire ou sur les phénomènes pupillaires... Parmi les 7 cas de sciatique, 4 furent soumis exclusivement au traitement par la suspension ; les douleurs furent diminuées, mais ce résultat ne fut pas permanent. Les 3 autres cas qui furent soumis en même temps à une médication par l'antipyrine furent radicalement guéris. »

(1) *Progrès médical*, 19 janvier 1889. — *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889, 10e leçon.
(2) *Progrès médical*, 22 juin 1889 et 26 aout 1890.

La communication de M. Rosenbaüm est encore plus intéressante, car elle porte sur un grand nombre de malades.

« Pendant ces deux dernières années, 85 tabétiques furent soumis à la suspension, à la Policlinique du professeur Mendel, comprenant un total de 2.400 suspensions ; 24 d'entre eux doivent être éliminés, le traitement ayant été insuffisamment prolongé (200 suspensions pour la totalité). Sur les 61 autres, 25 furent améliorés, dont 5 d'une façon très notable et persistante ; chez 9, le résultat fut douteux ; chez les 27 autres, il n'y eut pas de résultat favorable, mais on n'observa jamais d'accidents ultérieurs, si ce n'est dans deux cas de légères syncopes. L'action générale favorable se manifesta par une mine meilleure, l'augmentation du sommeil, de l'appétit, du poids du corps. Parmi les symptômes locaux, ce sont surtout les douleurs, l'ataxie, l'incontinence vésicale, moins l'incontinence anale et la puissance virile qui s'améliorèrent ; dans quelques cas, cette dernière augmenta très notablement. L'anesthésie diminua ; par contre, la paresthésie se maintint avec opiniâtreté, et les paralysies des muscles de l'œil, l'atrophie du nerf optique ne présentèrent pas de changement.

« On a publié un certain nombre de cas de mort à la suite de la suspension dans le tabes ; ils ne sont cependant pas à craindre quand on prend certaines précautions. En tout cas il ne faut suspendre que les personnes d'un poids léger et dont les poumons et le cœur sont sains. Outre les deux syncopes précédemment signalées, nous avons observé comme accidents anormaux : 1° Une paralysie du bras droit (il y avait dans ce cas une atrophie musculaire progressive, la paralysie peut donc à peine être considérée comme une suite de la suspension) ; 2° Des douleurs vives à la suite du choc violent des pieds du malade sur le sol par suite de la rupture d'une corde. En tout cas, cette méthode de traitement paraît donner de meilleurs résultats dans le tabes que tout autre. Mais si après 20 ou 30 séances de suspension il n'y a pas une amélioration notable, il vaut mieux les abandonner (1) ».

Nous n'insisterons pas sur l'énoncé de ces résultats qui ne font que corroborer ceux obtenus par M. le professeur Charcot. Il nous semble préférable d'insister sur quelques détails de technique qui compléteront ceux que nous avons déjà donnés ici-même (2). Avant tout, on le comprend, il est nécessaire que la suspension soit tolérée. Or, une pratique déjà longue nous a appris que les lipothymies, les syncopes, étaient le principal, sinon le seul obstacle à cette tolérance. Certains malades supportent assez facilement une à deux minutes de suspension ; puis surviennent des bourdonnements d'oreille, des vertiges, et la syncope se montrerait infailliblement si l'on n'interrompait pas la séance. Nous laisserons de côté tous les autres accidents qu'on a pu signaler, et qui sont plus que négligeables lorsqu'on procède avec prudence.

Les menaces de syncope nous ont paru surtout se montrer, — les cardiaques étant éliminés, — chez les sujets jeunes, pâles, anémiques, chez lesquels la suspension, dès les premières séances, est la cause d'une vive appréhension. Dans ces cas, on devra procéder graduellement, n'augmenter le temps de suspension que très lentement, et, surtout, pendant que celle-ci a lieu, tenir l'esprit du malade constamment en éveil. On lui parlera, on attirera son attention sur tel ou tel sujet ; puis on l'avertira qu'on l'élève un peu plus de terre ou on le descendra légèrement ; en un mot, on le distraiera de toutes les manières possibles. Dans ces cas nous avons souvent réussi où, sans ces précautions, nous aurions certainement échoué, et, en donnant, par exemple, l'assurance au malade qu'il n'est suspendu que depuis une minute ou une minute et demie, nous avons pu faire tolérer les 3 minutes, terme moyen de la suspension suivant le poids de l'individu. Le médecin joue dans ces cas un rôle tout personnel. Lorsque dans ces conditions la suspension a été bien tolérée deux ou trois fois, les syncopes ne se montrent plus.

Enfin, dans tous les cas, on aura le plus grand avantage à substituer à l'appareil de Sayre, généralement employé, l'appareil modifié par le Dr Motchowkowsky, inventeur de la méthode, et que lui-même a bien voulu nous montrer et nous confier lors d'une récente visite dans le service de M. le professeur Charcot.

Cet appareil, que reproduit la Figure 82, ressemble, au premier abord, à l'appareil primitif de Sayre. Il en diffère radicalement, toutefois, en ce sens que si la pièce de la nuque reste fixe comme dans le premier, la pièce du menton est au contraire mobile, susceptible d'être allongée ou raccourcie à l'aide d'une petite courroie.

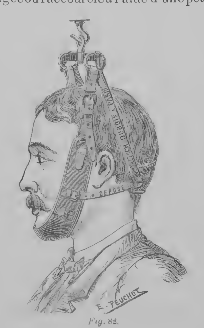


Fig. 82.

L'appareil, après un *réglage* qui ne comprend généralement pas plus d'une à deux séances de début, se moule exactement sur la tête du patient, à l'inverse de l'ancien appareil de Sayre, dont les deux pièces sont fixes et qui, malgré cela, était censé devoir s'appliquer indistinctement sur toutes les têtes.

De cette façon, la tête est maintenue, pendant l'opération, dans sa rectitude physiologique. Dans ces conditions, il n'y a plus de gêne et certainement aussi la cause de compression par attitude vicieuse se trouve supprimée.

Enfin, la courroie qui relie les deux pièces a un jeu plus étendu par suite de la présence de deux boucles fixées sur la pièce antérieure ; on peut la fixer de telle façon qu'il n'y ait plus de compression à craindre du paquet vasculo-nerveux par la courroie elle-même.

Après 20 ou 30 séances, s'il n'est pas survenu d'amélioration, on devra interrompre ; mais le malade ne devra pas pour cela avoir perdu tout espoir. Après s'être reposé un mois et demi à deux mois, il pourra reprendre le traitement et en retirer des bénéfices, mais

(1) *La Médecine moderne*, n° [illegible], 1890.

(2) *Progrès médical*, [illegible] : [illegible] *technique à suivre dans le traitement par la suspension de l'ataxie locomotrice progressive et* [illegible] *maladies du système nerveux*.

le temps d'interruption ne devra pas être inférieur à un mois et demi.

De même, chez certains malades qui se suspendent depuis longtemps déjà, l'amélioration semble rester stationnaire. Dans ces cas, un repos d'un mois et demi à deux mois nous a paru favorable, la reprise de la suspension ayant amené une nouvelle amélioration sans que les bénéfices des suspensions antérieures eussent disparu pendant le temps de repos.

Les pièces des aisselles ne subissent aucune modification dans l'appareil de M. Motchowkowsky. On devra toutefois régler leur longueur d'après les prescriptions que nous avons déjà formulées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Appendicite et typhlite.

Il y a près de deux ans, nous exposions, dans les colonnes de ce journal (1), les recherches récentes sur les lésions du cœcum et de son appendice ; nous avions mentionné le terme employé depuis peu par les auteurs anglais et américains : l'appendicite. Ces travaux ont depuis été vérifiés, et on a continué à décrire séparément les inflammations du cœcum et celles de son appendice, en conservant le terme appendicite ou en employant celui d'appendiculite ou d'iléo-typhlite. L'examen des faits est venu prouver, en effet, qu'il existait une grande différence entre la marche de la typhlite ordinaire et celle de l'appendiculite, la première n'entraînant à sa suite qu'un phlegmon sous-péritonéal, une *pérityphlite ;* tandis que la seconde produit le plus souvent une inflammation péritonéale localisée ou généralisée, soit par propagation, soit par perforation (2) : *péritonite appendiculaire.* L'inflammation de l'appendice entraine exceptionnellement la formation d'un phlegmon extra-péritonéal. Il ne faut pas néanmoins oublier que les lésions peuvent coexister du côté du cœcum et de l'appendice à la fois, et être la cause des troubles de voisinage propres à chacun d'eux. (6 fois sur 136 cas d'après la statistique de Maurin). La péritonite appendiculaire est, d'après le même auteur, le plus souvent généralisée (3) (18 fois sur 97) et lorsqu'elle est localisée, elle peut s'enkyster (2 fois sur 11). Enfin on peut constater en même temps la formation d'un abcès sous-péritonéal et d'une pyléphlébite. Examinons comment se passent les faits dans les différents cas. Comme on le sait, le plus souvent c'est un corps étranger, un calcul qui occasionne l'appendicite. Si celui-ci reste d'une façon passagère dans la lumière du processus, il peut ne développer qu'une inflammation éphémère cédant après l'issue du calcul et son passage dans les selles. Ce phénomène doit être rare, et est même problématique. Le plus souvent l'appendicite évolue vers la perforation. D'après Porter, il faut distinguer ce qui se passe dans les appendices avec ou sans mésentère. Dans le premiercas, d'après cet auteur (4), le calcul comprimerait les vaisseaux et tendrait à produire une gangrène de la partie distale de l'appendice, puis s'ouvrirait une voie en arrière, entre les feuillets du mésentère où n'existe pas de recouvrement péritonéal.

Là, bientôt, la perforation aurait lieu. Si la gangrène n'est pas complète, mais localisée, l'engorgement des parois cœcales diminuerait, la perforation se ferait après coup, le calcul filerait dans le tissu cellulaire rétrocœcal et y développerait une collection purulente. Si le processus n'a pas de mésentère, ou si le corps étranger se présente au delà de l'insertion des feuillets péritonéaux, la perforation se fait rapidement, et la conséquence est une péritonite suppurée. La perforation se ferait pour Porter sur la ligne de démarcation de la portion gangrénée et de la portion vivante, et toujours au-dessus du corps étranger.

Pour Roux (1), il se fait une oblitération de l'orifice cœcal de l'appendice, soit par un calcul, soit par des matières fécales, puis dans ce dernier s'accumule du mucus sécrété en abondance par la muqueuse. Les parois s'engorgent, les vaisseaux sont comprimés, les tissus se gangrènent et la perforation a lieu par l'action de la pression du contenu liquide et n'est pas liée au point d'étranglement du calcul. Pendant les symptômes prémonitoires, qui passent souvent sous silence, se fait le travail inflammatoire des parois de l'appendice, et, de plus, le péritoine prend part à ce processus ; d'où formation de fausses membranes autour de l'appendice qui se trouve fixé. Les anses intestinales s'agglutinent et l'englobent. Lorsqu'à la suite d'un effort, d'un écart de régime, la perforation a lieu, le liquide (sans le calcul) contenu dans l'appendice se répand autour de lui, décollant plus ou moins les adhérences et provoquant les douleurs, les vomissements, etc., pris souvent pour les phénomènes initiaux de l'appendicite. Puis le pus se collecte autour de l'appendice, donnant naissance à un phlegmon, et les douleurs cessent ou diminuent, à moins que la perforation, faute d'adhérences, n'ait eu lieu dans la cavité péritonéale. Pour Roux, la péritonite généralisée serait donc rare (3 fois sur 18 cas de sa statistique personnelle), tandis que nous avons vu que, d'après Maurin, qui a colligé toutes les statistiques, cette péritonite généralisée d'emblée serait le cas le plus fréquent. Ceci tient sans doute à ce que le premier n'a reçu de ses confrères médecins que les cas à opérer chez lesquels on avait pu faire le diagnostic, tandis que souvent, dans les services de médecine, viennent mourir un assez grand nombre de malades de péritonite généralisée dont on ne fait le diagnostic étiologique qu'à l'autopsie.

Nous avons déjà, en 1888, exposé les différentes formes que peuvent présenter la marche de l'appendicite ; nous reviendrons néanmoins sur certains faits dont l'interprétation s'est modifiée. L'appendiculite peut entrainer soit une *péritonite d'emblée généralisée* forme perforante aiguë de Talamon , soit une *péritonite localisée ou enkystée*, soit enfin un *abcès pérityphlitique.*

La première forme se manifeste d'ordinaire brusquement avec nausées, vomissements, tympanisme et épanchement intra-abdominal, parfois matité dans les deux

(1) *Progrès médical*, 6 et 13 octobre 1888.

(2) *Essai sur l'appendiculite.* — Maurin, Thèse de Paris 1890. Steinheil, éditeur.

(3) Nous ne parlons ici que des lésions inflammatoires proprement dites, laissant de coté le cancer, la tuberculose la fièvre typhoïde.

(4) *N.-York med. Journ.*, 1890, p. 88.

(1) Roux. — Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée. — *Revue de la Suisse romande*, 20 avril et 20 mai 1890.

fosses iliaques, constipation opiniâtre pouvant faire croire à un étranglement interne. La marche est progressive et la mort arrive le plus souvent au bout de 2, 3, 6 jours. On peut retrouver les signes physiques que nous allons mentionner dans la deuxième forme.

Dans le mode à péritonite localisée ou enkystée, après les signes prémonitoires de douleur vague dans l'abdomen accompagnée de constipation et de troubles digestifs, après les phénomènes aigus annonçant la perforation, on peut constater la présence de l'abcès péri-appendiculaire. La douleur est intense, déchirante dans la fosse iliaque droite; elle s'irradie vers le pli de l'aine, le pubis, l'ombilic, l'épigastre, le flanc droit, les organes génitaux et est réveillée par le moindre mouvement et par la palpation. Dès 24 à 48 heures après le début, on peut constater dans la fosse iliaque la présence d'une tuméfaction circonscrite, limitée, avec empâtement, donnant à la percussion un son hydroaérique dû à la présence de gaz dans son intérieur. La palpation donne la sensation d'une tumeur *limitée*, arrondie ou ovoïde, de *petite dimension*, dont l'axe est parallèle au ligament de Poupart, et dont le contenu ne présente pas de tendance à envahir le côlon (1). Parfois, si le cœcum est rempli de matières fécales, il est impossible de limiter l'abcès appendiculaire. La tumeur s'accroît chaque jour, malgré les évacuations abondantes (2). Dans la forme à péritonite localisée, la mort n'est pas fatale, néanmoins la péritonite généralisée peut lui succéder. La guérison peut se faire par l'ouverture du foyer à l'extérieur ou dans un organe voisin, mais il est bien chanceux d'attendre cette guérison naturelle, et, comme nous le verrons postérieurement, il est nécessaire, lorsqu'on a diagnostiqué une appendicite, d'intervenir plus ou moins rapidement, suivant le cas. La typhlite et la pérityphlite ordinaires s'en distinguent par la présence d'une masse volumineuse, en boudin, perpendiculaire ou oblique par rapport à l'arcade crurale, s'affaissant pour la première lors d'évacuations alvines. D'autre part, la typhlite stercorale a un début moins brusque, moins effrayant que l'appendicite. Parfois encore, la confusion pourra se faire entre cette dernière et un étranglement interne, ou une invagination iléo-cœcale. De même, le volume de la tumeur est moindre que dans ce dernier cas; la constipation est moins absolue, les vomissements sont rarement fécaloïdes, la fièvre apparaît dès le début avec des douleurs intenses, tandis que dans l'étranglement interne la température s'abaisse dès l'origine des accidents. A. RAOULT.

(1) Roux. — *Loc. cit.*
(2) Kraft. — *Revue de la Suisse romande*, 1889, p. 179.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion Géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 8 juin 1890, à Ecouen, Ezanville, Domont et Montmorency. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra à 8 heures 40 du matin, le train pour Ecouen. On sera rentré à Paris vers 6 heures. — *Nota* : Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XXXIXe CONGRÈS DES MÉDECINS SUISSES.
30 *et* 31 *mai* 1890.

Le 39e *Congrès des Médecins Suisses* réunissait, cette année, à Zurich, au nombre d'environ 300, les membres des trois grandes Associations médicales: le *Schweiz. ärzll. Centralverein*, la *Soc. méd. de la Suisse romande*, et la *Soc. med. della Swizzera ital.* — La séance d'ouverture a eu lieu vendredi, après midi, à l'Hôtel National.

Après les discours officiels et l'expédition des affaires courantes, M. SCHULTHESS a présenté *deux nouveaux appareils destinés à mesurer les courbures de la colonne vertébrale et à déterminer le degré d'inclinaison du bassin.* Nous avons, dans une correspondance précédente, parlé de cette méthode avec assez de détails pour ne pas avoir besoin d'y revenir ici.

M. MEYER présente ensuite deux *embryons humains*, au premier mois de leur développement, en parfait état de conservation. Il évalue l'âge du premier à 17 jours, celui du second à 21 jours.

Dans la seconde séance, consacrée exclusivement aux présentations de malades et aux démonstrations, M. le professeur WYDER (Zurich) a fait une série de *démonstrations gynécologiques.* — 1° Un *Utérus extirpé par l'amputation supra-vaginale pour des myomes multiples avec complication de grossesse* ; 2° *Grossesse extra-utérine* chez une personne de 36 ans, ayant eu une péritonite aiguë à la suite de ses secondes couches. Enceinte pour la troisième fois, l'automne dernier, la grossesse eut d'abord un eours parfaitement normal. Pendant quatre mois, la mère sentit distinctement les mouvements de l'enfant, qui cessèrent tout d'un coup. Lorsqu'elle entra à la clinique, elle présentait deux grosses tumeurs abdominales, occupant chacune l'une des moitiés de l'abdomen de chaque côté de la ligne blanche et se prolongeant dans le bassin. La tumeur droite était dure et résistante au toucher, tandis que la palpation révélait une fluctuation distincte de la tumeur gauche, ce qui pouvait faire penser à un kyste de l'ovaire. Après trois mois d'observation, pendant lesquels la malade ne présenta pas d'autres symptômes qu'un affaiblissement général, on procéda à la laparotomie qui mit au jour un fœtus au 10e mois, adhérent de tous côtés au péritoine et aux intestins. La tumeur droite était formée par l'utérus disloqué et le placenta adhérant au ligament large et au sommet de la vessie. Après avoir détaché avec beaucoup de peine fœtus et placenta, on fit un pansement à la gaze iodoformée, et après quatre semaines la malade était remise. — 3° *Ventro-fixation de l'utérus pour un prolapsus*, opéré déjà cinq fois autrement sans résultat. Ayant dû faire à la malade l'extirpation de deux kystes des ovaires, M. Wyder se servit des pédicules pour la ventro-fixation. Le résultat est jusqu'à présent des plus satisfaisants. — 4° *Hématomètre et hémato-salpyngite* chez une femme ayant subi l'amputation du col utérin. Peu de temps après cette opération, il se produisit une atrésie de l'orifice, avec apparition de douleurs insupportables à l'époque de la menstruation. En même temps, on pouvait constater l'apparition d'une tumeur résistante des deux côtés de l'utérus. La dilatation de l'orifice utérin donna issue à une quantité notable de sang noir. Malgré cela, l'hémato-salpyngite persistant, Wyder eut recours à la ponction avec aspiration. Une ponction unique, qui produisit environ 300 c. c. de sang, suffit pour faire diminuer de volume les deux tumeurs, preuve que l'on avait affaire à une hémato-salpyngite unilatérale. Pendant huit jours tout alla bien, et l'on permit à la malade de se lever ; ce qui eut des conséquences graves. La tumeur augmenta de nouveau de volume, les douleurs reparurent et avec elle une fièvre intense. Il était évident que l'on se trouvait en présence d'une suppuration. Après avoir fait la laparotomie, Wyder chercha à suturer la tumeur à la plaie abdominale. Mais la paroi déjà gangrénée creva subitement en inondant la cavité abdominale d'un liquide répandant une odeur fétide. Après avoir désinfecté soigneusement la cavité abdominale et réséqué une bonne partie de la poche gangrénée, il sutura le reste dans la plaie extérieure. Immédiatement une amélioration

sensible se manifesta dans l'état de la malade; la plaie se couvrit de granulations qui cicatrisèrent bientôt. Au bout d'un mois la malade put quitter le lit, et d'ici à quelques jours elle sera complètement remise. — 5° *Colpocléisis à la suite d'une nécrose étendue de la paroi vésico-vaginale* produite par l'emploi d'un pessaire de *Zwank-Schilling*. La malade ayant négligé de retirer de temps en temps et de nettoyer cet instrument, celui-ci se couvrit de concrétions calcaires et fut bientôt la cause de troubles urinaires graves avec incontinence d'urine. A son entrée à la clinique, il fut impossible de retirer le pessaire, et on dut le couper avec une pince pour pouvoir l'extraire (1). L'une des ailes du pessaire avait perforé la cloison vésico-vaginale et déterminé une large communication entre les deux cavités. Après avoir combattu par des irrigations antiseptiques l'inflammation qui avait envahi tout le vagin, on chercha à refermer la vessie. Mais le tissu cicatriciel environnant, empêchant la réunion des bords, on dut avoir recours à la colpocléisis. Après avoir avivé le bord inférieur de la fistule, on le sutura à la paroi postérieure du vagin, également avivée, de façon à fermer complètement l'orifice. Aujourd'hui l'incontinence a cessé; la malade ne ressent pendant la nuit aucun besoin; de jour elle peut rester trois heures sans uriner.

M. le Pr EICHHORST présente: 1° Un *Ruminant*. Cet individu, âgé de 54 ans, est le fils d'un père alcoolisé et présente tous les caractères d'un idiot. Peu de temps après avoir absorbé son repas, qu'il engloutit littéralement, on le voit se mettre à ruminer en présentant des signes non équivoques de satisfaction. Son estomac est dilaté au plus haut point, et l'examen du suc gastrique révèle une diminution de l'acide chlorhydrique. Malgré cela, la résorption n'est pas ralentie d'une manière notable.— Un second ruminant a été découvert par hasard par l'un des médecins du service. C'est un jeune homme d'un tempérament nerveux, irritable, porté à l'hypochondrie. Il a commencé à ruminer à l'âge de 16 ans, alors qu'il était dans un établissement où il ne recevait que des aliments froids qu'il devait avaler très rapidement. Le malade a conscience de son affection et il en a honte. La quantité d'acide chlorhydrique contenue dans le suc gastrique varie; d'ordinaire elle est diminuée, mais parfois le suc gastrique n'en contient pas du tout. A côté de la mauvaise habitude, il y a évidemment quelque chose de maladif dans cette affection. On est arrivé parfois, par le traitement moral, à guérir les malades qui en étaient atteints (2). 2° Une *sclérodactylie* chez une femme de 47 ans, blanchisseuse. Jusqu'en 1880 elle se portait bien, sauf une névrose vaso-motrice (dite des blanchisseuses). En 1880, elle eut les mains gelées et n'eut rien de plus pressé que de les appliquer contre un poêle brûlant. Immédiatement elle ressentit des douleurs intenses dans les mains, et, peu de temps après, on pouvait constater les premières apparitions de l'affection. Celle-ci s'étendit aux extrémités inférieures et à la face. Les doigts et les mains sont difformes, à demi fléchis; les mouvements sont abolis en partie ou du moins très gênés. La peau est dure comme de la pierre, et l'on peut constater une atrophie des phalangettes. Par un traitement approprié, consistant en massage, en bains salins, et dans l'administration prolongée de salicylate de soude on est parvenu à faire disparaître complètement la sclérodermie de la face et des extrémités inférieures.— 3° Une *paralysie du muscle grand dentelé* droit chez un homme qui, pendant longtemps, a été occupé dans une fonderie où il était emboutisseur. Peu à peu il a senti ses forces diminuer dans le bras droit, jusqu'à incapacité de travail. Actuellement, il est capable de lever le bras jusqu'un peu au-dessus de l'horizontale; l'omoplate prend la position caractéristique de cette affection. Dans ce cas-ci, la paralysie est d'origine absolument musculaire, par suite de surmenage; l'excitabilité électrique présente bien une diminution quantitative, mais aucunement qualitative. Eichhorst a pu se convaincre que la paralysie produite par la compression du nerf thoracique par les courroies du sac, chez les soldats, est le fait d'une compression au-dessous de la région axillaire et non d'une compression dans la région claviculaire.—4° Une *paralysie des jambes par compression du nerf tibial antérieur* chez un individu de 50 ans, qui, dans l'exercice de son métier, était appelé à grimper beaucoup aux arbres. A cet effet, il se servait de crampons se fixant par une courroie au tiers inférieur de la jambe. Au bout de quelque temps, ces crampons lui causaient une douleur insupportable au point où serrait la courroie. Peu à peu, une paralysie des extrémités inférieures se manifesta. Le bord interne du pied est élevé; le pied est en position varo-équine; il ne peut exécuter que des mouvements très faibles. En outre, on constate une acromégalie des gros orteils des deux côtés.— 5° Une *paralysie d'une extrémité à la suite d'un traumatisme*. Le malade, ayant fait une chute d'un char à foin, ressentit bientôt une vive douleur à l'articulation coxo-fémorale. Cette douleur persista pendant assez longtemps et fut suivie au bout d'un certain temps d'une paralysie étendue de tout le membre. Le malade est incapable de lever la jambe; la flexion de la cuisse et l'extension de la jambe sont impossibles, tandis que la flexion de la jambe, l'adduction et l'abduction de tout le membre sont encore possibles, sans trop de difficultés. Nous avons ici un cas de névrite avec paralysie consécutive, produite par l'inflammation d'une cavité articulaire.

M. KROENLEIN (Zurich) présente un cas de *rupture de l'artère méningée moyenne*, avec épanchement sanguin dans la boîte crânienne, sans fracture de la boîte, guéri par la trépanation. Ce cas concerne un individu de 42 ans, ayant fait une chûte, sur la tête, de deux mètres de hauteur. Resté pendant quelque temps sans connaissance, il revint à lui et put rentrer à pied à la maison, appuyé sur le bras d'un camarade. Au bout d'un quart d'heure, le blessé devint soporeux et une paralysie complète s'empara de lui, avec tous les symptômes de compression cérébrale. Apporté à la clinique, on pratiqua la trépanation aux lieux d'élection indiqués par Krönlein en 1883, et l'on découvrit effectivement un épanchement sanguin, s'étendant en arrière dans la région pariéto-occipitale. Après avoir évacué les caillots et recherché, au moyen d'une petite lampe à incandescence, le point de rupture du vaisseau, on tamponna la plaie avec de la gaze iodoformée. Deux heures après, le malade revenait peu à peu à lui et au bout de dix heures pouvait raconter comment l'accident s'était passé. Six semaines après il était rétabli. A part les trois cas perdus en 1883 et sur lesquels Krönlein a basé ses indications opératoires, il n'a depuis plus perdu un seul malade pour un épanchement sanguin dans la boîte crânienne sans lésions de la substance cérébrale. Cette opération est sans aucun danger. On commence par trépaner en avant, et si l'on ne trouve rien à cet endroit, on trépane en arrière. — 2° *Carcinome du rein droit* extirpé cinq ans auparavant à une vieille femme de 60 ans, aujourd'hui encore parfaitement bien portante (1). — 3° *Résection du pylore*, faite le 18 janvier pour un cancer. La tumeur, circonscrite, siégeait principalement à la paroi antérieure, s'étendant par-dessus la petite courbure à la paroi postérieure de l'estomac. La malade est aujourd'hui complètement remise, n'a plus aucun symptôme, a bon appétit et mange de tout, même de la salade. — 4° *Fibro-myome de l'utérus* extirpé chez une fiancée. Cette jeune personne de 26 ans désirait, avant de se marier, être débarrassée d'un gros fibromyome de l'utérus. Krönlein fit la laparotomie et se trouva en présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, largement adhérente au fond de l'utérus. Il chercha à enlever la tumeur sans endommager les organes génitaux. Au moyen d'une incision cunéiforme faite dans la direction sagittale, il fit l'ablation du myome sans avoir pénétré dans la cavité utérine, et réunit les bords de la plaie par une suture à étages. Peu de temps après, la jeune personne se mariait, et, au mois de décembre 1889, elle accouchait sans encombre d'une grosse fille. Cette observation ne plaide pas en faveur de l'école de Hegar, qui extirpe les ovaires, pour écarter toute possibilité de conception (2).

(1) Encore ces fameux pessaires!

(2) Nous avons publié avec notre ami, M. Séglas, un long mémoire sur le Mérycisme ou la Rumination dans les Archives de Neurologie de 1883, dans lequel nous avons rapporté plusieurs cas nouveaux. Actuellement, dans notre service de Bicêtre, nous avons une douzaine de ruminants (B.).

(1) A rapprocher du cas publié par M. Terrillon (*Soc. Chir.*, 3 juin 1890). (M. B.).

(2) Nous sommes absolument de l'avis de M. Kronlein.

M. Krönlein présente, en outre, six cas de *blessures par armes* à feu avec projectiles enfermés dans la plaie et guérison. Deux de ces cas comportent des coups de revolver avec projectile dans le cerveau; l'un est une blessure du poumon, le quatrième une blessure du foie, et les deux autres des blessures des membres. Dans la plupart de ces cas, les projectiles sont depuis plusieurs années enfermés dans l'organisme sans y provoquer la moindre réaction. Enhardi par cette observation et se basant sur les expériences de Socin, qui pratique la réunion des fragments d'un os fracturé, au moyen de chevilles d'ivoire, Krönlein a tenté l'opération suivante. Une femme ayant dû subir l'extirpation de la moitié inférieure du radius pour un sarcome, il a essayé de remplacer l'os manquant par une pièce d'ivoire de forme et de grosseur analogue. L'opération faite il y a 6 semaines a parfaitement réussi et la plaie a guéri sans réaction. Jusqu'à présent on ne peut rien dire quant au rétablissement fonctionnel, mais cette prothèse interne a du moins pour effet d'empêcher la déformation de l'avant-bras, qui se produit régulièrement après l'extirpation du radius (1).

A la troisième séance, M. le Pr Ph. Stohr a fait une communication sur les *amygdales*. Ces glandes, qui depuis un certain temps excitent l'intérêt des physiologistes et des anatomistes, sont formées entièrement de tissu adénoïde, qui n'a rien de commun avec le tissu glandulaire. On a observé que dans les amygdales un grand nombre de leucocytes se détachent des follicules pour entreprendre une migration à travers la couche épithéliale, dans la cavité buccale. Cette observation est générale dans les organes formés de tissu adénoïde, et elle nous explique aussi pourquoi les amygdales et les plaques de Peyer sont si souvent le siège de lésions. Cette migration devient-elle par trop intense, l'épithélium s'excorie par places et devient facilement un siège inflammatoire. On avait admis, en se basant sur les travaux de Metschnikoff sur les phagocytes, que les leucocytes de l'intestin sortaient de la paroi pour se charger de graisse et rentrer ensuite dans l'intestin. Cette hypothèse n'a pourtant pas eu de succès et est aujourd'hui à peu près abandonnée. Un travail de Retterer, paru il y a deux ans, a failli remettre en question toute la structure histologique des amygdales. Se basant sur de nombreuses observations, il proclama la nature épithéliale des follicules. Par un enclavement de bourgeons épithéliaux dans le tissu conjonctif sous-jacent, il se produirait un tissu mixte entre le tissu épithélial et le tissu conjonctif L'importance de cette assertion pour la pathologie saute aux yeux, car elle détruit du même coup la théorie de la nature spécifique des tumeurs. Mais je crois qu'à côté d'observations importantes, le travail de Retterer renferme certaines erreurs. Il a travaillé principalement sur les amygdales de l'homme, organe beaucoup plus compliqué que celles du lapin, et il est probable qu'en faisant des coupes à travers l'organe il a rencontré un certain nombre de culs-de-sac qui lui ont fait l'impression d'un enclavement de cellules épithéliales dans le tissu conjonctif. En faisant des séries de coupes on aurait pu s'apercevoir de l'erreur. J'ai repris cette étude sur les amygdales du lapin et n'ai rien pu constater de semblable. J'ai pu m'assurer, en outre, que les leucocytes qui émigrent présentent tous les signes d'une mort prochaine. On sait que les ovules de l'ovaire ne parviennent pas tous à complète maturité, mais qu'un grand nombre s'arrêtent dans leur développement et disparaissent sans laisser de traces. Ils sont résorbés par les leucocytes, qui meurent bientôt après. On peut observer la même chose chez les têtards au moment de la résorption des branchies, ainsi que dans la glande thymus et dans l'évolution de l'utérus après l'accouchement. Pour moi, l'importance de la migration des leucocytes réside dans le fait qu'ils se chargent des matériaux usés pour les emporter au dehors et qu'ils meurent ensuite.

M. Wyder a lu un travail sur le *traitement du placenta prævia*. Nous connaissons un grand nombre de méthodes pour combattre cette anomalie obstétricale aussi dangereuse pour la mère que pour l'enfant. Je ne parlerai ici que de deux d'entre elles : le tamponnement de l'utérus et la version combinée. La première de ces méthodes est encore très répandue dans la pratique médicale malgré ses nombreux désavantages. Le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie, sans compter qu'il est presque impossible dès que la poche a crevé. Si l'on tamponne avec de la ouate, les tampons sont bientôt imbibés d'un sang qui se décompose très vite, et doivent être renouvelés fréquemment. Ces manipulations peuvent provoquer une recrudescence de l'hémorrhagie. En outre le danger de l'infection est beaucoup plus considérable ; le segment utérin inférieur est des plus délicats et peut très facilement être lésé. La version combinée réduit tous ces désavantages à un minimum. La poche une fois crevée, le placenta cesse de se détacher de la paroi utérine. En outre, par une version prématurée, on parvient à arrêter complètement l'hémorrhagie. Mais la version ne doit pas se faire de la manière ordinaire, on doit pratiquer la version combinée jusqu'à ce qu'on soit parvenu à saisir un pied et à l'attirer dans l'orifice utérin. Le bassin de l'enfant est le meilleur des tampons. A partir de ce moment on doit laisser l'accouchement suivre normalement son cours, à moins que l'état de la mère ou celui de l'enfant n'exige une prompte délivrance. Si l'extraction devient nécessaire, il faut procéder très doucement et avec une grande lenteur. On peut souvent attendre l'expulsion normale du placenta sans qu'il soit nécessaire de le détacher. L'objection principale que l'on fait à cette méthode est la grande mortalité qui en résulte pour les enfants. La chose est exacte jusqu'à un certain point, mais comme d'un autre côté la mortalité des mères est considérablement réduite, je crois qu'il n'y a pas à hésiter. La vie d'une épouse et d'une mère de famille a incontestablement plus de valeur que la vie problématique d'un enfant. Avec la méthode du tamponnement, la mortalité des mères était de 30 à 40 0/0, celle des enfants de 50 à 75 0/0. Par la méthode de la version combinée en est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, sur 107 cas de placenta prævia que 7 cas de mort de la mère soit 6,5 0/0, la mortalité des enfants s'est élevée à 78 0/0, donc pas beaucoup supérieure à celle de l'ancienne méthode. Dans les cas où le tamponnement est indiqué, c'est-à-dire pendant la grossesse ou tout au commencement de l'accouchement lorsque le travail est encore très faible, je recommande d'employer la gaze iodoformée au lieu du tampon de ouate.

M. Naegely (de Ermatingen) a fait une communication sur une nouvelle méthode qu'il a découverte pour *couper les névralgies du trijumeau*. Il y a quelques années qu'il a réussi à couper les accès de coqueluche par une manipulation très simple, consistant à élever le maxillaire inférieur en avant et en haut. Un jour il eut l'idée de voir si une manipulation de ce genre serait à même d'influencer d'autres états nerveux de la face. Le résultat dépassa son attente ; il continua ses recherches et peu à peu arriva à ériger ce mode de traitement en méthode. Une simple manipulation consistant à élever l'os hyoïde et le larynx et à les maintenir pendant 70 à 90 secondes dans cette position, suffit pour couper instantanément des névralgies très opiniâtres. Pour cela l'opérateur se place en face du malade, avec les deux pouces il élève les grandes cornes de l'os hyoïde, tandis que les index s'appliquent sur les oreilles et les trois doigts restant sur la nuque. D'après l'auteur l'effet de cette manipulation serait souvent surprenant dans les cas de névralgies supra et infra orbitaires, d'hémicranie, de nausées d'origine nerveuse, de globe hystérique, etc. Souvent il suffit d'une seule séance pour faire disparaître complètement la douleur ; d'autres fois il faut répéter la manipulation un certain nombre de fois. Quant à l'explication scientifique de ce résultat, l'auteur n'est pour le moment pas encore en état d'en donner une qui soit complètement satisfaisante. Il est possible que l'on ait affaire à une action du nerf pneumogastrique, ou que l'on se trouve là en présence d'un phénomène vaso-moteur. Le nombre de cas traités jusqu'à présent avec succès par la méthode de Naegely s'élève à plus de cinquante.

M. Walter-Biondetti, constructeur à Bâle, montre la *caisse d'instruments de chirurgie pour lazarets de campagne*, primée l'année dernière à Berlin par le comité du prix de l'impératrice Augusta. Cette caisse, de 25 cm. de haut, 55 cm. de long et 36 cm. de profondeur, est divisée dans sa hauteur en 2 compartiments. Le compartiment inférieur contient le stérilisateur, composé d'une plaque métallique munie de pieds mobiles pouvant se replier et servant de support à un vase métallique peu profond

(1) Nous attirons l'attention sur cette belle observation.

dans lequel on verse de l'eau. La lampe qui sert à chauffer l'eau est une lampe à esprit de vin sans mèche. On peut stériliser soit à l'eau chaude soit à la vapeur, soit à l'air chaud. Ce compartiment contient encore un étui avec les accessoires indispensables à la chirurgie de campagne. Le compartiment supérieur renferme les instruments. Ceux-ci, au nombre de 75, sont disposés sur trois plaques métalliques sur lesquelles ils sont retenus par de petites bornes en métal et par deux tringles mobiles. Le contour de chaque instrument est gravé sur la plaque métallique, de sorte que l'on peut remettre les objets en place sans perdre de temps. L'intérieur de la caisse est revêtu d'une couverture métallique. Le tout est nickelé.

Les Membres du Congrès ont été admis pendant les deux jours à visiter les installations des *cliniques et des laboratoires scientifiques*, où ils ont eu l'occasion de voir bien des choses nouvelles et intéressantes. Je note particulièrement le *Pavillon d'isolement pour les Diphtéritiques à la clinique chirurgicale*, avec une installation superbe pour les vaporisations et inhalations ; le *Laboratoire d'Hygiène* tout neuf, avec un appareil très simple et très ingénieux, construit dernièrement par le directeur, le Dr O. Roth, pour la désinfection à la vapeur du linge et des vêtements. L'avantage de cet appareil réside surtout dans sa simplicité et dans une modification qui empêche le surchauffement de la vapeur, qui souvent détériore les tissus.

A. JACQUET.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Section des Sciences médicales.

Séance du jeudi 29 mai 1890.

Présidence de M. LE ROY DE MÉRICOURT. — M. FABRE, assesseur. — M. le Dr LEDÉ, secrétaire.

M. le Dr FABRE, de Commentry, fait une communication sur *l'épidémie de grippe à Commentry et spécialement chez les mineurs*. L'influenza a sévi sur cette population depuis les derniers jours de décembre jusqu'au commencement de mars. La propagation de la maladie s'est faite avec plus de rapidité chez les mineurs que dans le reste de la population, et chez les ouvriers travaillant à l'intérieur un peu plus vite que chez ceux travaillant en plein air. La moyenne de la durée pour les ouvriers du fond a été de dix jours. Le chiffre le plus élevé des chômages a été observé le 24 janvier : il a été de 335.

M. DUPUY fait une communication sur *l'absorption et l'élimination de l'arsenic*. Il a étudié les différentes voies par lesquelles l'absorption s'opère et en particulier le canal digestif qui, dans la pluralité des cas, reçoit le poison, la membrane muqueuse pulmonaire où la respiration peut l'apporter, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux, les cavités séreuses, les surfaces accidentelles où il peut pénétrer par contact, inoculation, injections, etc. Il a pu fixer le moment où la présence du poison peut être constatée dans l'organisme après son ingestion. Il a déterminé l'époque complète de son élimination absolue. C'est, en effet, dans la moelle et le cerveau où il est possible de le retrouver en plus grande quantité que dans les muscles et le foie, surtout lorsqu'il s'agit d'empoisonnement aigu. Enfin il a ajouté à l'appareil de Marsh une modification qui empêche dans les recherches toxicologiques de l'arsenic toute perte de cette redoutable substance.

M. le Dr MOREAU, de Tours, lit un mémoire ayant pour titre : *Des pseudo-guérisons dans les maladies réputées incurables*, dont voici les conclusions : 1° au point de vue scientifique et dans l'état actuel de la science, les affections réputées incurables le sont en réalité et dans tous les cas ; 2° une observation minutieuse et suffisamment prolongée prouvera que la prétendue guérison n'est autre chose qu'une transformation, et quant à ce qui regarde en particulier les maladies du système nerveux, la guérison ne peut s'établir sans laisser après elle quelque phénomène nerveux qui rappelle constamment au malade qu'il a été sujet à des accidents convulsifs ; 3° il y a lieu de chercher à obtenir ces transformations, qui non seulement peuvent revêtir un caractère moins pénible pour le malade et ceux qui l'entourent, mais sont de plus un acheminement vers les recherches thérapeutiques propres à amener une guérison véritable ; 4° le but de ce travail a été d'attirer l'attention sur le mode de terminaison de certaines maladies, et d'engager les médecins à produire les faits qu'ils ont pu observer dans leur pratique hospitalière ou privée,

M. le Dr GAUDICHER communique une nouvelle étude sur *l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis*. Il montre que les conclusions présentées dans sa thèse (1886) trouvent chaque jour leur confirmation. Des déductions générales sont faites sur 117 cas nouveaux, qui viennent à l'appui des nombreux cas publiés en 1886. L'auteur fait remarquer, en terminant, que les syphilis cérébrales précoces semblent devenir de plus en plus fréquentes. Ceci tient très certainement à la tension cérébrale constante inhérente aux nombreuses préoccupations qu'entraînent infailliblement les carrières intellectuelles.

M. le Dr DOYEN, de Reims, communique les résultats de 26 *opérations* sur la tête, dont 1 kyste cérébral. 22 opérations sur le cou, dont 6 goîtres (1 mort), 3 larynx (1 mort). 20 opérations sur le thorax, 160 opérations sur l'abdomen, dont 104 avec ouverture du péritoine et 10 néphrectomies (9 morts). 2 opérations sur le bassin. 70 opérations sur les membres, dont 42 résections, ostéomies et arthrotomies, et 11 grandes amputations. — M. DOYEN, de Reims, communique les résultats satisfaisants qu'il a obtenus d'une soixantaine d'opérations de *tumeurs adénoïdes*, tant au point de vue de la cure de la surdité qu'à celui du développement physique et intellectuel des jeunes opérés.

LE SECRÉTAIRE de la section donne lecture du travail adressé par MM. Edouard BOINET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier et RŒSER, pharmacien major. Ce travail est résumé des recherches faites par MM. Boinet et Rœser sur *l'action de la levure et de bière sur le développement, la forme et la virulence des Bacilles typhiques, charbonneux, pyocyanique, fluorescens putridus, du Micrococcus pyogenes aureus*. Ils terminent leur travail par l'indication des applications thérapeutiques (diphtérie, fièvre typhoïde, muguet.)

M. LE PRÉSIDENT donne communication d'un travail de M. ADVIELLE sur la *rage au dix-huitième siècle*.

M. le Dr DE MONTESSUS lit un travail sur les caractères essentiels des *métrites parenchymateuses hypertrophiques et atrophiques indurées*.

Séance du vendredi 30 mai 1890.

Présidence de M. LE ROY DE MÉRICOURT. — M. FABRE, assesseur. — M. LEDÉ, secrétaire.

M. le Dr LEDÉ fait une communication sur une *statistique concernant les enfants de Paris placés en nourrice en province par leurs parents habitant Paris.*

Sur 13.830 enfants de Paris placés en nourrice en province et et en une année, 8.726 étaient enfants légitimes, 5.104 étaient enfants illégitimes ; 5.342 étaient élevés au sein et 8.488 au biberon. Pendant la première année de vie, et en considérant l'âge au moment du placement, la mortalité a varié : De 9.52 à 20,75 p. 100 pour les enfants légitimes élevés au sein ; De 7.14 à 29 p. 100 pour les enfants illégitimes élevés au sein ; De 12.95 à 41.70 pour 100 pour les enfants légitimes élevés au biberon ; De 18.58 à 52 p. 100 pour les enfants illégitimes élevés au biberon. M. Ledé a entrepris de déterminer le danger de mourir par jour et par enfant suivant son état civil, le mode d'élevage et l'âge du placement. La donnée principale à obtenir était la durée en jours du séjour de l'enfant chez la nourrice ; un système de fiches individuelles a permis de réaliser ce *desideratum* ; il a pu établir que : 3.522 enfants légitimes élevés au sein ont séjourné 922,853 journées. 1,820 enfants illégitimes élevés au sein ont séjourné 433,018 journées. 5.204 enfants légitimes élevés au biberon ont séjourné 1,206,373 journées. 3,284 enfants illégitimes élevés au biberon ont séjourné 665,251 journées. Soit 1,355,871 journées d'élevage au sein et 1,871,624 journées d'élevage au biberon. Au total, 3,227,495 journées de séjour en nourrice. 575 enfants légitimes élevés au sein sont décédés. 441 enfants illégitimes élevés au sein sont décédés. 1,501 enfants légitimes élevés au biberon sont décédés. 1,152 enfants illégitimes élevés au biberon sont décédés.

Pour l'age de l'enfant au moment du placement, la division suivante a été adoptée : Placement à l'age de 1 à 7 jours. Placement à l'age de 8 à 15 jours. Placement à l'age de 15 à 30 jours. Placement à l'age de 31 à 90 jours. Placement à l'age de 91 à 180 jours. Placement à l'age de 181 à 365 jours. Pour établir le danger de mort par journée de séjour suivant toutes ces catégories, il a employé la méthode suivante : Diviser la mortalité par la durée moyenne du séjour. La mortalité est déterminée par la formule suivante :

$$m = \frac{a}{A + \frac{a}{2}}$$

A représentant le nombre total des enfants vivants ; a représentant le nombre des enfants décédés. La durée du séjour s'obtient en divisant le nombre des journées de séjour des enfants vivants et des enfants décédés par le nombre total des enfants placés. Si le danger de mourir par jour d'un enfant à l'hopital, c'est-à-dire malade, est représenté par le nombre 0,00277, il sera facile de comparer avec les chiffres obtenus par l'auteur.

Conclusions : 1° Le danger de mourir par jour pour les enfants légitimes placés au sein augmente lorsqu'on confie l'enfant à une nourrice à un moment plus éloigné de la naissance, de huit à trente jours. Il est donc indiqué de placer l'enfant qui doit être élevé exclusivement au sein, dans la première semaine après la naissance. 2° Le danger de mourir par jour pour les enfants légitimes placés au biberon est d'autant plus grand que l'on confie l'enfant à une nourrice à un moment plus rapproché de la naissance. Il est donc nécessaire, si l'on veut sauvegarder la vie des enfants, de ne les confier aux éleveuses au biberon que du trente et unième au quatre-vingt-dixième jour après la naissance. 3° Les mêmes déductions sont vraies pour les enfants illégitimes avec cette aggravation que le danger est beaucoup plus grand ; il est double et presque triple, lorsque le placement est effectué dans les quinze premiers jours de vie, si l'enfant est élevé au sein. Si, au contraire, l'enfant est élevé au biberon dans la première semaine de vie, le danger de mourir est presque égal à celui auquel est exposé un enfant malade placé à l'hôpital.

M. B. Dupuy donne le résumé des recherches qu'il a faites sur les *principes hétérogènes contenus dans l'alcool impur du commerce ;* les nombreuses expériences sur les animaux ont permis de constater que ces principes obtenus en mélanges ont sur l'économie une action prononcée et que cette action s'exerce surtout d'une manière particulière sur la sensibilité et la motilité. Ils communiquent une ivresse exaltée accompagnée d'hallucinations, d'apparitions étranges avec surexcitation de la vue et de l'ouïe. Le sens du goût perd ses facultés. Le système musculaire, d'abord surexcité, subit un affaissement progressif qui va jusqu'à un état de résolution complet. Plus tard, le corps tout entier participe à une mobilité désordonnée et à une agitation extrême. Il est secoué par un véritable tremblement. Si on expérimente avec les liqueurs d'absinthe préparée avec de l'alcool contenant une certaine proportion de ces principes, on observe les phénomènes ci-dessus et de plus des contractions musculaires très intenses et de véritables attaques d'épilepsie qui éclatent tout à coup et durent en moyenne deux à trois minutes. A ces attaques succède un assoupissement complet et profond qui persiste pendant plusieurs heures. Avec la liqueur d'absinthe préparée au moyen de l'alcool pur, les phénomènes sont moins marqués, les hallucinations moins fréquentes et moins longues, les accès convulsifs moins prononcés et les attaques d'épilepsie plus rares. En un mot, l'intoxication est plus difficile à obtenir. Il résulte de cette communication, qui vise un des problèmes les plus intéressants de l'hygiène, que l'alcool pur devrait seul être employé à la fabrication de l'absinthe et des liqueurs en général.

Quelques remarques à propos du dosage des matières albuminoïdes dans les liquides séreux.

M. E. Lambling, professeur à la Faculté de médecine de Lille.— Au cours de l'analyse d'une série de liquides provenant de ponctions abdominales, j'ai été conduit à comparer entre elles quelques-unes des méthodes généralement employées pour le dosage des matières albuminoïdes. En ce qui concerne d'abord les méthodes par pesées, je ne puis que signaler une fois de plus les mécomptes auxquels expose parfois le procédé classique de Scherer (1) (coagulation de l'albumine par la chaleur en présence d'une petite quantité d'acide acétique). Il arrive, en effet, que si l'on ne tombe pas sur les proportions convenables d'acide acétique, la coagulation se fait mal, et il est impossible d'obtenir un liquide filtré limpide. En outre, la coagulation de l'albumine, dans ces conditions, n'est pas toujours complète, comme il est facile de s'en assurer en ajoutant au liquide filtré quelques gouttes d'une solution de tannin. Je me suis, au contraire, fort bien trouvé de l'emploi du procédé à l'alcool de MM. Schmidt et Puls (2), procédé très fidèle, d'une exécution facile, et qui n'a que ce seul inconvénient d'être un peu coûteux. Voici comment on opère : 5 à 20 centimètres cubes de liquide albumineux, très légèrement acidulé par de l'acide acétique, sont additionnés d'alcool fort jusqu'à ce que le mélange contienne 70 p. 100 d'alcool absolu. Le liquide est porté à l'ébullition, et le précipité, recueilli sur un filtre taré, est lavé à l'alcool à 70° ; 150 à 200 cc. suffisent en général. Finalement on lave à l'alcool, on dessèche à 120° et on pèse. Le poids des cendres, déterminé par incinération, doit être défalqué. M. Puls a montré que ces cendres représentent la totalité des sels insolubles contenus dans le liquide primitif, et que les sels solubles passent entièrement dans le liquide filtré, à la condition toutefois de s'en tenir aux proportions d'alcool indiquées. Je ne puis que confirmer ces résultats, et, en général, l'exactitude du procédé. En opérant sur 5 à 20 cc. de liquide à 20-70 p. 100 d'albumine, j'ai constaté que l'écart de deux dosages successifs oscille entre 0 gr. 20 et 0 gr. 50 pour 100 grammes d'albumine. J'ai étudié en même temps deux procédés de dosage approximatifs. Le premier consiste à étendre le liquide albumineux de quantités connues d'eau, jusqu'à ce qu'au contact de l'acide nitrique le liquide dilué ne donne plus d'anneaux laiteux immédiatement appréciables. En général, on détermine le degré de dilution pour lequel l'anneau n'apparait distinctement qu'entre la deuxième et la troisième minute après la mise en contact des deux liquides. Ce procédé, étudié par un grand nombre d'auteurs, et notamment par M. Musculus, de Strasbourg, a été récemment repris par M. Brandberg sous la direction de M. Hammarsten. Je me suis assuré que ce procédé présente des avantages pour l'examen quantitatif rapide des urines albumineuses, mais pour l'étude des liquides séreux il reste bien inférieur à celui que propose M. Reuss, et dont je me suis occupé principalement. M. Reuss a montré que la variation de densité des liquides séreux (exsudats, transsudats...) tient presque uniquement aux variations dans les proportions d'albumine. Les autres matériaux solides, et principalement les sels, ne présentent que des oscillations extrêmement faibles. Ce fait trouve son expression dans la formule empirique que voici :

$$Q = \frac{3}{8}(D - 1{,}000) - 2,\ 8,$$

dans laquelle Q désigne le poids de matières albuminoïdes contenu dans 100 cc. du liquide séreux ; D, la densité à 15° de ce liquide (celle de l'eau étant 1.000). Ce procédé empirique n'a pas trouvé grand crédit jusqu'à présent. Contrairement à mon attente, j'ai pu constater qu'il donne des résultats d'une précision remarquable, eu égard à sa simplicité. Voici quelques exemples de déterminations comparées, qui ont porté, pour les quatre premières, sur des liquides séreux extraits par ponction de la cavité abdominale chez des femmes, pour les trois dernières sur du sérum du sang de cheval. (Reuss. *Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, t. 28, p. 317). Les résultats sont rapportés à 100 cc. du liquide albumineux. Les densités ont été prises au picnomètre de Sprengel.

Procédé à l'alcool.	Densité.	Q.
—	—	—
gr.		gr.
4 65 0/0	1020,5	4 89 0/0
5 95	1022,0	5 45
3 57	1017,1	3 61
5 59	1013,0	5 82
7 24	1026,5	7 14
8 23	1029,1	8 11
7 02	1826,5	7 14

Les écarts que l'on observe entre les chiffres de la 1re et la 3e colonne sont assez faibles pour qu'on puisse les négliger absolument au point de vue clinique. D'autre part, il n'est point nécessaire de déterminer les densités au picnomètre. Un bon densimètre, donnant la demi-unité, c'est-à-dire permettant de distinguer la densité 1020 de 1019,5, fournit, comme je m'en suis assuré, des résultats suffisants pour les besoins de la clinique.

MM. Combemale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et François (de Lille).—*Recherches expérimentales sur l'action physiologique du phénol camphré.* — L'analogue au point de vue thérapeutique du salol et du naphtol camphrés, le phénol camphré, a été expérimenté par ces auteurs : ils ont recherché quelle est l'action physiologique de ce corps, à quelles doses il devient toxique mortel, à quel élément camphre ou phénol il doit sa toxicité, quel est le rapport de sa toxicité totale et des éléments constitutifs. Dans huit expériences sur des chiens et des cobayes et injections hypodermiques, et à des doses variant de 0,16 à 2 gr. 12 par kilogr., les effets obtenus ont été : 1° chez le chien, aux doses inférieures à 0,60 par kilogr. d'animal, des vomissements, de l'oligurie, de l'hypothermie ; 2° chez le chien encore, à plus haute dose, une exagération plus marquée de ces symptômes, hématurie et enfin attaques épileptiformes qui enlèvent rapidement l'animal ; 3° chez le cobaye, avec des doses supérieures ou inférieures à 70 centigr. par kilogr. d'animal, des tremblements convulsifs immédiats, de l'anesthésie périphérique généralisée succédant à des phases d'hyperesthésie, de l'anurie, de l'hypothermie ; 4° chez ces cobayes, la mort lorsqu'éclataient des attaques épileptiformes. Quant aux lésions constatées à l'autopsie, c'était une congestion irritative de tous les organes vasculaires (poumons, cœur, reins, foie, encéphale) et une nécrose blanche des éléments voisins du point où avait porté la piqure. C'est approximativement à 0 gr. 60 par kilog. du poids du corps que l'on peut fixer la dose de phénol camphré nécessaire pour tuer le chien ou le lapin. On reconnaît dans cette symptomatologie et dans ces lésions nécroscopiques l'intoxication par l'acide phénique ; du reste, des animaux injectés au camphre aux doses correspondantes n'ont rien offert de semblable à la description ci-dessus. Dans l'intoxication par le phénol camphré, l'élément phénol donne l'expression symptomatique. Le

(1) Voy. Hoppe-Seyler.— *Traité d'analyse*, etc., traduit par F. Schlagdenhauffen, Paris, 1877, p. 387.
(2) J. Puls. — *Pflüger's Arch.*, t. 13, 1876.

camphre n'influe pas davantage et dans un rapport numérique quelconque sur la toxicité totale du phénol camphré. A s'en rapporter aux expériences de l'un de nous (Académie des sciences, 1885), rien n'est changé de la toxicité du phénol dans ce phénol camphré : l'acide phénique semble agir pour son seul compte et avec son coefficient toxique habituel. En plus de ces résultats physiologiques intéressants, ces recherches permettent peut-être de trancher la question non encore résolue de la constitution chimique de ce corps : y a-t-il combinaison ou liquéfaction du phénol en présence du camphre ? L'intoxication phénique se montrant d'emblée et sans mélange, c'est que l'économie n'a pas à décomposer un corps dont l'union des molécules constitutives exige une certaine force pour se défaire, c'est que le camphre sert simplement de véhicule au phénol dans le phénol camphré.

M. le Dr Rohaut présente quelques observations en faveur de la *génération spontanée*. M. B.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 *mai* 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Ch. Richet présente un chien atteint de *troubles trophiques bilatéraux à la suite de la lésion d'un seul hémisphère.* Cet animal est très amaigri et porte des ulcérations sur les deux pattes postérieures. M. Richet a vu, sur un autre chien, une lésion isolée de l'hémisphère déterminer l'opacité de la cornée du côté opposé.

M. Brown-Séquard. — Cette expérience prouve que chacun des hémisphères commande à la totalité du corps; en d'autres termes, qu'il y a unité dans les fonctions cérébrales, ce que j'ai toujours soutenu. Quant au processus direct de ces troubles trophiques, je pense qu'il faut l'expliquer par l'inhibition plutôt que par des lésions consécutives aux dégénérescences descendantes que détermine le traumatisme cérébral.

M. Ch. Richet. — On sait que le *sang de chien injecté dans le péritoine des lapins leur confère une immunité temporaire contre la tuberculose.* J'ai eu déjà l'occasion d'en parler ici. Sur deux lapins inoculés par injections sous-cutanées de cultures pures du bacille de Koch et transfusés ensuite au sang de chien, la marche de la tuberculose a été sensiblement ralentie, mais cet arrêt n'est que temporaire, comme me l'ont montré mes expériences précédentes. Un troisième lapin a reçu dans le péritoine, au lieu de sang de chien, de la pulpe de foie de chien, il a résisté moins longtemps que les deux premiers. Trois lapins témoins ont présenté un amaigrissement progressif marqué, tandis que les animaux en expérience engraissaient malgré leur tuberculose.

M. Dastre pense que l'enrayement de la tuberculose, qui se produit dans ce cas, peut être expliqué par la valeur nutritive du sang injecté dans le péritoine.

Substances chimiques favorisant l'infection.

M. Roger. — J'ai établi, dans des recherches antérieures, que le charbon symptomatique, auquel le lapin n'est pas sensible, amène la mort de cet animal, quand on injecte, en même temps que le virus, les produits de culture stérilisés de divers microbes et particulièrement du Prodigiosus. J'ai réussi également à tuer des lapins avec des cultures de pneumocoque et de streptocoque devenues complètement inoffensives en injectant, en même temps que ces microbes, une ou deux gouttes d'une culture stérilisée de Prodigiosus. Ce résultat présente un certain intérêt pratique, car on sait combien il est difficile de conserver à ces deux agents leur virulence : le procédé que j'indique est très simple et très sûr pour leur restituer leurs propriétés pathogènes. La substance qui, dans les cultures de prodigiosus, favorise l'infection, est soluble dans la glycérine, insoluble dans l'alcool. Elle diffère du ferment que liquéfie la gélatine par sa grande résistance à la chaleur ; le ferment est détruit quand on le chauffe à 60°, tandis que la substance que j'étudie résiste à 120°. Cette substance agit sur l'organisme en modifiant son état général ; on ne peut donc comparer son action à celle de l'acide lactique qui favorise l'infection en altérant localement les tissus ; mais on peut la comparer à celle de certains ferments végétaux et particulièrement de la papaïne. Des doses non mortelles de ce corps (0 gr. 005 à 0,006), introduites dans les veines, favorisent le développement des agents infectieux atténués, particulièrement du pneumocoque et du charbon symptomatique. Il existe pourtant une différence entre l'action de la papaïne et celle des substances microbiennes : tandis que ces dernières résistent à la chaleur, la papaïne, quand on la chauffe, perd, à la fois, ses propriétés digestives et son action sur l'organisme.

M. Dounou envoie une note relative au *pouvoir osmotique des membranes.*

M. Zacchariadès continue ses recherches sur la *structure du tissu osseux.* Il a constaté que l'aspect lamellaire de l'os normal est dû à des cloisons protoplasmiques émanées des cellules, et non à des fibres spéciales.

M. Pilliet fait une communication sur *des organes neuro-musculaires qu'on trouve dans les muscles striés*, fort semblables à des fuseaux musculaires décrits par M. Babinski, en 1886, et en différant par la présence constante de nerfs dans leur intérieur ainsi que par l'épaisseur de leur gaine lamelleuse qui peut rappeler exactement comme volume et comme disposition la gaine d'enveloppe d'un corpuscule de Pacini. Il se demande si ces organes ne seraient pas des terminaisons nerveuses centripètes.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Grancher rend compte des résultats qu'il a obtenus dans son service avec l'*antisepsie médicale*, qui est avec l'isolement les deux moyens principaux auxquels on a recours pour la prophylaxie des maladies contagieuses. Mais l'isolement n'est pas toujours facile à obtenir ainsi que le prouvent les statistiques de l'Hôpital des Enfants, en ce qui concerne la rougeole, par exemple, qui n'a pas diminué après la création des pavillons d'isolement. L'antisepsie médicale est la compagne obligée de l'isolement et cela surtout dans le pavillon des suspects, qui, sans elle, deviendrait vite un véritable foyer de contagion. En outre, l'accumulation dans une même salle de la même maladie augmentera les infections secondaires et les complications de la maladie, comme on le voit pour la bronchopneumonie et la diphtérie chez les rubéoleux des hôpitaux.

Pour combattre la contagion, M. Grancher a fait munir son service : 1° de paravents en toile métallique qui isolent le diphtéritique ou le rubéoleux dans la salle commune pendant le séjour nécessaire pour établir le diagnostic; 2° de paniers en fil de laiton pour contenir fourchette, cuiller, assiette, etc., qui, une fois le repas fini, sont plongés en bloc dans l'eau bouillante pour être désinfectés ; 3° enfin d'une infirmière spéciale qui seule approche les enfants des box et qui, après chaque contact d'un enfant suspect, se lave les mains au sublimé et change de tablier.

Pour la rougeole, les résultats n'ont pas été satisfaisants, les cas ayant été aussi nombreux et quelquefois plus que dans d'autres services n'ayant pas pris les mêmes précautions, ce qui tient surtout à ce que la contagion se fait avant que la maladie soit reconnue ou même soupçonnée. Mais pour la diphtérie ils ont été remarquables. Sur 100 diphtéritiques soignés en 1889, aux Enfants Malades, et venus des 6 services de cet hôpital, 1 seul appartenait au service de M. Grancher. Il n'y a donc eu aucun cas de contagion et pas un de mort de diphtérie dans son service.

L'antisepsie médicale se résume à : 1° réduire au minimum les contacts suspects : 2° désinfecter tout objet souillé, après le contact. Le paravent remplit la première condition, et l'étuve à vapeur sous pression, l'eau bouillante ou la liqueur Van Swieten acidulée, la seconde.

M. Daremberg communique ses recherches sur *la cure à l'air et au repos appliquée aux tuberculeux*, qu'il a

appliquée à Cannes, et grâce à laquelle on voit revenir l'appétit et le sommeil, et souvent la fièvre diminuer. Il faut éviter la plus légère fatigue si la température atteint 38°; les malades supportent mieux la cure couchés qu'assis. On emploie progressivement le traitement par la fenêtre ouverte la nuit, suivant les procédés de MM. Nicaise et Onimus. Les malades au bout de quelque temps supportent très bien les perturbations atmosphériques, et ce traitement est un des plus rationnels et donne de très bons résultats.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute quelques mots sur le *traitement de Weigert* par l'air pur chauffé qui présenterait, d'après divers auteurs, plus d'inconvénients que d'avantages et qu'à son avis on doit repousser.

M. Constantin Paul est du même avis, les phtisiques éprouvant des suffocations et des quintes de toux dès que l'atmosphère où ils sont est trop surchauffée.

M. Verneuil a cependant obtenu de bons résultats de la méthode de Weigert, non plus, il est vrai, dans la tuberculose pulmonaire, mais dans des lésions tuberculeuses des membres, ou d'autres tuberculoses locales.

M. Routier rapporte l'*observation* d'un homme de 36 ans qui, quelques minutes après une chute de la hauteur d'un étage, fut pris d'hémiplégie droite avec perte de connaissance. En même temps, gonflement sans plaie de la région fronto-pariétale gauche. Diagnostiquant une *compression par un épanchement sanguin*, M. Routier fit la trépananation sur la région rolandique gauche. Le pariétal et le frontal présentaient plusieurs *traits de fracture*. On appliqua 4 couronnes de trépan. Deux fragments osseux furent enlevés et l'artère méningée moyenne qui donnait beaucoup de sang ne pouvant être saisie, on tamponna avec la gaze iodoformée, puis la peau fut suturée sauf à l'angle inférieur. 5 heures après l'hémiplégie avait disparu, mais le malade était aphasique. Deux jours après on enleva le tampon, et deux heures après l'aphasie disparut. Au bout de neuf jours, le malade marchait.

Election *d'un membre titulaire*. Votants 75. M. Cadet de Gassicourt est élu par 64 voix contre 4 à M. Dieulafoy, 4 à M. Duguet et 4 à M. Kelsels.

Sur le rapport de M. Polaillon, l'Académie arrête ainsi *la liste de présentation des candidats au titre de correspondant national* : 1° M. Lannelongue (de Bordeaux); 2° M. Duplouy (de Rochefort); 3° M. Demons (de Bordeaux); 4° M. Queirel de Marseille); 5° M. Dezanneau (d'Angers); 6° M. Pamard (d'Avignon). P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 Mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Fernet communique, au nom de MM. Mabille et Lallemand, médecins de l'asile d'aliénés de Lafont (Charente-Inférieure), une observation de *troubles mentaux au cours d'une pleurésie purulente*. — Il s'agit d'un homme de 31 ans, né de parents alcooliques, qui fut pris de pleurésie gauche au mois de juin 1889. Epanchement abondant qui nécessita 7 ou 8 ponctions et devint purulent à partir du mois de janvier 1890. Au même moment, apparition de troubles mentaux, mélancolie avec idées de persécution qui firent admettre le malade a l'asile de Lafont. A ce moment, il était porteur d'une fistule pleurale rendant un pus tellement fétide qu'on fut obligé d'isoler le malade. L'hecticité se prononçant, on lui fit d'abord des lavages phéniqués. Aucune amélioration ne survenant, on pratiqua la pleurotomie. On fit une incision de 7 centimètres à la partie postéro-externe du thorax et après avoir traversé une couche épaisse de tissu lardacé, le bistouri pénétra dans la poche purulente dont le pus fétide fut évacué, la poche fut lavée et drainée. En avant du thorax existait une autre poche purulente qui fut ponctionnée avec le siphon de Potain et lavée cinq fois par jour avec la solution de sublimé. Pendant deux jours encore le pus garda sa fétidité, puis il devint inodore. Le 23 juin, guérison complète. Pas du tuberculose pulmonaire. En même temps l'état mental s'améliorait. De cette observation il est permis de conclure : 1° qu'il existait une pleurésie gauche remontant à plusieurs années; 2° que les ponctions répétées n'y ont rien fait ; 3° que la pleurotomie n'a pas suffi à guérir toute la lésion ; 4° que le siphonage a amené la guérison de la poche purulente antérieure ; 5° qu'il n'y a pas eu d'intoxication par le sublimé malgré la dose employée et la fréquence des lavages ; 6° que les symptômes d'aliénation ont diminué en même temps que s'améliorait l'état général du malade. L'orateur demande que des remerciements soient adressés aux auteurs de cette intéressante observation qui est renvoyée au Comité de publication (adopté).

M. Comby est nommé membre de la commission du prix proposé pour le meilleur travail sur l'alimentation des jeunes enfants.

M. Letulle rapporte une observation de *pleurésie purulente* où le microbe, recueilli et cultivé par lui, se trouva être le diplocoque de Friedlander. Les accidents, survenus à la suite d'une grippe légère, guérirent complètement au bout de 15 jours.

M. Netter. — Les caractères du microbe que signale M. Letulle sont bien ceux de l'organisme décrit par Friedlander. Il n'existe que deux autres observations semblables. Dans la première, il s'agissait d'un tuberculeux atteint de pneumothorax. On trouva dans le pus des bacilles de tuberculose, le staphylocoque pyogène et le microbe de Friedlander. Il était difficile, en ce cas, de fixer le rôle de ce dernier. Le deuxième cas est analogue à celui de M. Letulle. Le microbe de Friedlander fut trouvé seul. Ce malade guérit par vomique. Ces affections n'ont rien qui doive nous surprendre, car ce microbe cause souvent des bronchopneumonies et il existe fréquemment dans la bouche et les cavités nasales d'hommes sains. Ce microbe a peut-être plus d'importance qu'on ne lui en accorde aujourd'hui. Il se rencontre souvent dans des bronchopneumonies présentant presque toujours des allures pseudolobaires. Il y a quelques jours, j'ai pu diagnostiquer sa présence à l'autopsie d'un malade atteint de bronchopneumonie, à cause de l'aspect grisâtre et de la viscosité particulière de l'exsudat. Le Friedlander, comme le Fraenkel et d'autres microbes, est capable de produire des maladies diverses. Il a été vu, dans certaines septicémies, par Bordone, Uffreduzzi et Banti, dans des otites par Zaufal, Weichselbaum, et moi-même enfin dans certaines méningites suppurées et dans l'endocardite ulcéreuse. Il est donc important de bien déterminer son rôle. Au point de vue théorique, la bénignité de la pleurésie à diplobacilles de Friedlander est un peu en dehors de la règle. D'une façon générale, le Friedlander est plus grave que le Talamon-Fraenkel, ce qui tient peut-être à sa plus grande vitalité.

M. Bucquoy offre à la Société un mémoire concernant les *propriétés du Strophantus sur le pouls*. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Marchand, à propos du procès-verbal, rappelle que l'opération qui consiste à enlever un *cancer du rectum* en extirpant le coccyx, à fendre l'intestin en avant et en arrière, a été préconisée par Dieffenbach.

M. Terrier. — Si l'on fend le sphincter en arrière et *a fortiori* en avant, je repète qu'on peut avoir de l'incontinence de matières fécales. D'autre part, dans l'opération de Kraske type, je crois qu'il vaudrait mieux ne pas enlever le coccyx et se contenter, si possible, d'une incision parasacrée.

M. Quénu cite un fait qui corrobore les idées de M. Terrier. Il a opéré, il y a deux ans, un cancer partiel du rectum situé très haut et a fait, sans s'en douter, une opération de Dieffenbach plus ou moins typique. Malgré la suture de l'intestin, son malade a eu de l'incontinence pendant très longtemps.

M. Pozzi. — L'incision parasacrée ou pararectale doit s'appeler incision de Wölfler ; elle peut servir même à enlever des gros cancers de l'utérus. C'est une très bonne incision.

M. Marchand est d'avis que quand on suture un sphincter, ce sphincter reprend ses fonctions. Il cite comme exemple ce qui se passe pour le sphincter vulvaire déchiré.

M. QUÉNU. — Il ne faut pas comparer la déchirure du sphincter vulvaire à la section du sphincter de l'anus, lors d'une opération de Kraske, car, dans ce cas, il y a section et, en même temps, décollement du rectum sur une grande étendue. Les conditions sont toutes différentes. Dans ce cas, on coupe peut-être les nerfs allant au sphincter.

M. TERRIER a employé l'opération de Dieffenbach, modifiée, pour enlever un rétrécissement syphilitique du rectum, comme s'il s'agissait d'un cancer. La guérison survint, mais le malade a toujours de l'incontinence, parce que son coccyx a été enlevé et parce que son sphincter a été sectionné en arrière en totalité. Le système qui retient les matières fécales avait été lésé dans toute son étendue.

M. VERNEUIL fait remarquer qu'il a bien des fois fait la rectotomie linéaire postérieure sans avoir eu après de l'incontinence. Dans un cas d'imperforation congénitale de l'anus, opéré avec ablation du coccyx et formation d'un anus périnéal, il a constaté chez son malade, qui a maintenant 25 ans, l'existence d'un sphincter contractile. Quand on ne sectionne le sphincter qu'en arrière on n'a pas d'incontinence ; mais quand la section est double, ce n'est pas du tout la même chose.

M. BERGER. — Il me semble qu'on exagère les inconvénients de la section postérieure du rectum. Dans bien des cas il a fait des rectotomies postérieures très élevées et les malades n'ont pas eu d'incontinence.

M. QUÉNU. — Encore une fois, ne comparez pas la rectotomie pour un rétrécissement syphilitique avec la section du sphincter dans le Dieffenbach ou le Kraske ! D'ailleurs on peut trouver, chez des sujets ayant depuis longtemps un rétrécissement syphilitique du rectum, une atrophie réelle du sphinter anal, ce qui s'explique par ce fait que le rétrécissement, situé au-dessus, remplace pour ainsi dire le sphincter pour les matières solides. Il a pu vérifier ce fait sur une pièce provenant d'un malade sur lequel il a récemment pratiqué la résection du rectum pour un rétrécissement de ce genre.

M. ROUTIER. — Si on a des troubles dans le fonctionnement du sphincter après le Kraske, c'est qu'on a appliqué cette opération à des cancers, situés trop bas pour être justiciables du procédé typique. Ce dernier doit être réservé aux cancers haut placés, ceux qui siègent à 5 ou 6 centim. au-dessus de l'anus. En opérant ceux-ci, on ne court pas les risques de blesser les nerfs du sphincter.

M. TERRIER appuie les idées de M. Routier : l'incision simple du sphincter ne cause pas l'incontinence ; ce qui la cause, ce sont les désordres qui l'accompagnent et qu'on est obligé de faire quand on exécute un Kraske pour un cancer du rectum bas placé.

M. TERRILLON lit une intéressante observation de *néphrectomie transpéritonéale pour un épithélium du rein* (pas de récidive).

Femme de 36 ans, atteinte d'hématuries et de tumeur du rein gauche très proéminente en avant, M. Terrillon jugea la néphrectomie lombaire impossible et attaqua la tumeur par une incision abdominale antérieure, latérale, de 25 centim. de longueur. La décortication de la tumeur, recouverte par l'intestin, dura une heure. Le rein avait 22 centim. de longueur; grosses bosselures à la surface, en haut du moins. Après ligature et extirpation, on eut une vaste plaie allant jusqu'à la colonne vertébrale. Tous les lambeaux de la coque englobant la tumeur furent suturés à la paroi abdominale antérieure (Proc. Terrier) et les intestins isolés. Cette suture en collerette fut difficile à cause de la friabilité de la coque. La cavité fut bourrée avec de la gaze iodoformée. La tumeur examinée avec soin était un épithélioma rénal. — Guérison.

Cette malade a survécu jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire 2 ans après l'opération, et actuellement elle se porte bien, et rend 1.100 à 1.200 gr. d'urine par jour.

M. QUÉNU rappelle qu'il a récemment communiqué à la Société une observation identique. M. Terrillon aurait peut-être dû faire une incision médiane et mettre un drain ; une mèche iodoformée peut avoir des inconvénients quand on la place dans une cavité aussi grande (absorption d'iodoforme).

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la longue survie. Il faut le remarquer, car aujourd'hui encore on a de la tendance à proscrire les opérations s'attaquant au cancer du rein. Seulement il faudrait que les malades n'attendent pas, pour se faire opérer, à avoir dans le ventre une tumeur énorme, absolument inabordable. La mortalité reste élevée parce qu'on opère trop tard. Il n'y a aucune raison pour qu'on n'enlève pas ces cancers.

M. NIMIER lit, au nom de M. CHAUVEL, un rapport sur deux observations dues à M. MOTY (Val-de-Grâce). 1° *Laparotomie pour rupture traumatique de l'intestin à la suite d'un coup de pied de cheval.* Belle observation de suture intestinale faite en pleine péritonite avec guérison. Elle montre qu'il faut absolument intervenir dans les cas de contusion de l'abdomen dès qu'on soupçonne une rupture intestinale. — 2° *Abcès des adducteurs*, très probablement tuberculeux.

M. SEGOND montre un jeune malade opéré d'*exstrophie de la vessie* par le procédé qu'il a décrit au dernier Congrès de Chirurgie. Le résultat est absolument superbe. Jusqu'à présent, on n'avait jamais obtenu une autoplastie aussi parfaite. Très probablement il ne se formera pas de calculs dans cette petite vessie, car toutes ses parois sont muqueuses.

M. BERGER fait des réserves sur ce dernier point.

M. BERGER montre un malade chez lequel il a *restauré une ulcération d'un moignon conique par la greffe italienne.* Bon résultat.

M. RECLUS a vu un malade atteint d'ulcère de jambe, opéré d'un côté par la greffe de Thiersch, de l'autre par la méthode italienne. La greffe italienne se maintient très bien ; l'autre est tombée et l'ulcération s'est reformée.

M. TERRIER. — Il faut distinguer, au point de vue du résultat que donneront les greffes, les diverses sortes d'ulcération. Les ulcérations trophiques (ulcères de jambe) sont guéries un moment par la greffe de Thiersch, mais ça ne dure pas. La lésion des nerfs, jouant un grand rôle dans ces ulcérations, il n'y a rien d'étonnant à ce que la cicatrisation ne tienne pas.

M. QUÉNU croit que pour les ulcères trophiques la greffe italienne est préférable.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Pour les ulcères trophiques, souvent la cicatrice obtenue spontanément est plus solide que la cicatrice obtenue par des greffes de Thiersch.

M. MICHAUX lit une observation de *suture osseuse de l'olécrane.*

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 29 Mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Résultats cliniques du traitement antiseptique du charbon et du tétanos.

M. MARCHISIO, contre le charbon, s'est toujours servi d'injections de solutions phéniquées de 1 à 5 p. 100 ; dans un cas même, il a usé avec succès d'acide phénique pur. Ces injections sont fréquentes et, à l'occasion, poussées jusqu'à commencement d'intoxication. Tous les cas qu'il cite avoir traité par cette méthode, dont quelques-uns très graves, ont été guéris. Quant au tétanos, il n'en cite qu'un cas dans lequel le nettoyage, le grattage à fond de la plaie a été fait au sein d'une solution antiseptique chaude de bichlorure de mercure à 2 p. 100, solution dans laquelle la partie a été immergée pendant 3 heures. Cette immersion a été suivie d'un pansement antiseptique renouvelé chaque jour. Le malade a guéri, bien qu'ayant présenté des accidents tétaniques graves.

M. LEBLANC fait remarquer que, dans le traitement du charbon, les injections de teinture d'iode après circonscription de la pustule maligne à l'aide de pointes de feu ont donné les meilleurs résultats. Il espère que les mesures nouvellement ordonnées d'enfouir les animaux non dépouillés dans des endroits spéciaux amèneront une diminution notable dans la contagion du charbon.

M. TOLÉDANO cite le rapport d'un médecin de Saint-Denis qui attribue nombre de cas de charbon à l'introduction de peaux étrangères.

M. POLAILLON rappelle que M. Verneuil a préconisé les injections sous-cutanées d'acide phénique, mais reconnait la supériorité des injections de teinture d'iode.

Ecthyma térébrant infantile.

M. HEULTZ cite une observation d'ecthyma térébrant infantile qu'il a eu à soigner et qui est un cas généralement assez rare.

Nécessité de préciser les conditions du curage de l'utérus.

M. de Backer lit un travail dont les conclusions sont les suivantes : Le curage est une opération sérieuse, qui ne doit son succès qu'aux précautions antiseptiques les plus sévères ; il est indiqué d'urgence lorsqu'il s'agit de soustraire l'économie à un foyer septicémique, dans le cas de frisson post-puerpéral et d'infection puerpérale déclarée, alors que deux injections antiseptiques n'ont pas suffi à amener l'abaissement de la température et la cessation des phénomènes infectieux au bout de 24 heures. Les injections antiseptiques sont la meilleure préparation au curage utérin. Il est indiqué également dans les cas d'hémorrhagie manifestement due aux polypes sous-muqueux. Dans les cas d'endométrite rebelle purulente et hémorrhagique, le crayon au chlorure de zinc est préférable, et il ne faut avoir recours au curage que lorsque tous les autres moyens dits palliatifs ont échoué.

M. Porak fait remarquer que, dans les cas de gynécologie, le curage peut donner des résultats satisfaisants, mais ne doit être employé qu'alors que tous les autres moyens sont restés sans résultat. Il le proscrit de la façon la plus complète dans l'état puerpéral. Son opinion est en cela conforme à celle de Léopold, le partisan le plus ardent et le plus autorisé du curage en Allemagne.

M. Polaillon, après avoir différencié les deux modes de curage de l'utérus, le grand et le petit, fait ressortir la gravité du premier et l'insuffisance du second. Il préfère employer les caustiques, particulièrement les flèches de chlorure de zinc, qui, sans présenter les dangers et les difficultés d'application du curage, donnent, par un emploi pondéré, de très bons résultats.

M. Delthil fait observer l'action antiseptique dominante des flèches de chlorure de zinc. Aussi préfère-t-il les injections intra-utérines faites avec de la liqueur de van Swieten dédoublée, après dilatation préalable du col.

M. Duchaussoy appuie sur la nécessité de la dilatation pour permettre l'écoulement du liquide d'irrigation. Dans les cas de fongosités utérines, il croit nécessaire d'avoir recours au petit curage. *Les secrétaires des séances,* MM. Guelpa et Lecerf.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 juin 1890 (Hôpital Saint-Louis, à 9 h.)

Ordre du jour.— 1° *Présentations de malades.* M. Hallopeau : Un cas d'épithélioma développé sur un syphilome lingual. Traitement d'un impetigo chronique du bord libre des lèvres par les scarifications.—M. Brocq : Syphilis tertiaire ou réinfection? Variété rare de dermatite herpétiforme (éruption urticarienne circinée, extensive, avec pigmentation consécutive). — 2° *Communications.* M. Oudin : Note sur l'atrophie musculaire blennorrhagique. M. A. Renault : Observation de tabes aigu d'origine syphilitique suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature. — M. Barthélemy : Résultats composés de vingt-sept autopsies de fœtus ou enfants mort-nés héréditaires syphilitiques. — M. Jacquet : Nouvelles remarques sur les dermatoses vaso-motrices.

Vente de médicaments par un médecin dans une localité pourvue d'une officine. — Acquittement. — Un médecin, M. P..., domicilié à Saint-Eusèbe (Saône-et-Loire), commune où n'existait pas de pharmacie, jouissait, en vertu de l'article 27 de la loi de germinal, du droit de fournir des médicaments à ses malades ; il ne se bornait pas à en vendre à ceux qui habitaient sa commune, ainsi qu'à ceux qui venaient le consulter chez lui des communes voisines, mais encore il en délivrait aux malades demeurant à Montchanin, où se trouve l'officine de M. D... Ce dernier lui intenta un procès, et le tribunal de Chalons-sur-Saône a acquitté le prévenu, par jugement en date du 31 janvier 1890. Ce jugement est en opposition formelle avec un arrêt de cassation remontant au 20 janvier 1855. Conclusions du jugement : Par ces motifs, statuant, tant sur l'action publique que sur l'action civile, acquitte P... des fins de la plainte ; déclare en conséquence D... mal fondé en sa demande de dommages-intérêts ; l'en déboute et le condamne aux dépens. Nous ajouterons que la Cour de Dijon a confirmé le jugement qui précède, par adoption des motifs, par un arrêt en date du 12 mars 1890. (*Répertoire de Pharmacie*).

VARIA

Les Fêtes du VIe Centenaire de l'Université de Montpellier,

I. — *Journée du 22 mai.*

« C'est avec un légitime orgueil que Mgr de Cabrières peut ajouter plus que jamais, à son titre d'évêque de notre diocèse, celui de chancelier de l'Université de Montpellier. L'appel que Sa Grandeur a adressé au corps universitaire, aux étudiants, aux chefs de l'armée, aux magistrats et aux chefs des grandes administrations a été entendu. Nous avons assisté hier matin, à la cathédrale, à une cérémonie grandiose. » Tel est le début de l'article du *Messager du Midi*, consacré au récit de la première journée du Centenaire. Ce journal fait ensuite l'énumération des nombreux membres de l'Université qui, par politesse ou par curiosité, ont assisté à cette cérémonie religieuse, dans le but surtout d'entendre le discours de l'évêque sur l'Université de Montpellier. Conclure de leur présence qu'ils sont prêts à s'incliner devant l'Eglise et la bannière de la Vierge Marie est certainement aventureux, au moins pour un grand nombre d'entre eux. L'esprit du discours épiscopal est en quelque sorte résumé dans les citations suivantes :

« Vos hypothèses sont-elles sûres, dit-il, en s'adressant aux hommes de science ; vos découvertes sont-elles certaines ; pouvez-vous promettre que vous avez trouvé quelque chose ? Mais comme vous ne le pouvez pas, respectez les croyances de ceux qui ont le bonheur d'être nourris au sein de la foi et qui ont reçu de leur mère ce lait pour alimenter leur jeunesse, pour se fortifier, pour traverser la vie et pour arriver à ce suprême repos où la science nous sera enfin révélée. Ce soir, en passant devant l'Evêché, vous verrez étinceler la pensée qui m'a dominé pendant ces jours et que je vous réserve en terminant : *Deo optimo maximo scientiarum Domino.* C'est le mot qui a fait le renom de Montpellier dans le passé : A Dieu tout-puissant et éternel. A lui les arts, la médecine, la philosophie, tout droit et tout honneur suprême et : *Beatæ Mariæ Virgini sedi sapientiæ.* Que tous nos docteurs, nos élèves, placent leurs travaux sous la protection de Notre-Dame des Tables, pour recevoir là le prix de leurs succès. Elle est là toujours assise, toujours tenant dans ses bras son divin enfant ; elle est le modèle, l'image fidèle de ce que doit être l'âme d'un étudiant luttant victorieusement contre la passion de la jeunesse. Que ce soit là le mot de cette fête. »

Nous avons fait cette citation pour montrer que l'Eglise catholique n'a pas renoncé à ses prétentions sur la direction de l'enseignement, même de l'enseignement supérieur (1). Cette fête a été complétée, le soir, par un banquet épiscopal où les différentes Facultés étaient largement représentées. Seul le doyen de la Faculté de médecine avait refusé une invitation, à notre avis fort compromettante. C'est assez des exigences légales auxquelles les fonctionnaires ne peuvent se soustraire.

Dans l'après-midi, les délégations se sont rendues au Palais de l'Université pour être présentées à M. Laissac, maire de Montpellier et à M. Chancel, recteur de l'Académie, entouré des doyens et des professeurs des Facultés de Montpellier. Elles ont été reçues dans la salle des fêtes, où l'on remarque un immense tableau de M. Michel, directeur de l'Ecole des Beaux-Arts, composition allégorique à laquelle l'auteur propose de donner le nom de « Panthéon universel. » M. le Recteur a remercié ses « hôtes des Universités étrangères, de l'Institut, des Académies et du haut enseignement de France, d'avoir répondu, avec un tel empressement, à l'appel de la vieille cité universitaire. » Puis il a annoncé que le Comité avait voulu que la première réunion fût consacrée à honorer la mémoire d'un des anciens membres de l'Université, le professeur Bouisson et il a remercié sa veuve d'avoir institué le concours sur la vie et les œuvres de Bouisson « homme de science et homme de bien. »

---

(1) Voici, sur ces prétentions, ce qu'a écrit M. Liard dans un travail remarquable (*Revue des Deux-Mondes*, n° du 15 mai) : « Si ce mot d'Universités remis en circulation a çà et là éveillé d'antiques réminiscences et provoqué de singuliers anachronismes, ce n'est pas chez les maîtres et les élèves, c'est à côté d'eux. Mais cela ne tire pas à conséquence. Qu'importe, par exemple, que le jour de Pâques dernières, un évêque ait dit en chaire : « *Je garde mon titre de chancelier de l'Université, on ne peut pas me l'ôter?* » Ce n'est pas chez lui pour cela que le recteur fera signer les diplomes ! »

M. le professeur Tédenat a ensuite donné lecture de son rapport et proclamé les noms des lauréats. Le 1er prix (6,000 fr.) a été décerné à M. le Dr Bouillet (de Béziers) et le second prix à MM. les Drs Blaise et Bonnet.

A 4 heures, la cérémonie était terminée. Les étudiants ont une seconde fois traversé la ville, bannières déployées, recevant sur leur passage les acclamations de la foule et se sont rendus au siège de l'Association des étudiants. Le soir, à 9 heures, a eu lieu au Palais universitaire une brillante réception, à l'issue de laquelle les invités se sont rendus de nouveau à l'Association où ils ont été reçus par M. Guy, son président. De nombreux toasts ont été prononcés, entre autres, à la prospérité des Associations d'étudiants, à l'union des peuples latins, à l'union de la jeunesse étudiante de tous les pays, à l'Université de Montpellier.

II. — *Journée du vendredi 23 mai.*

Cette journée est la plus importante. M. le Président de la République est arrivé à 3 heures de l'après-midi et s'est rendu, aussitôt les réceptions d'usage, à la Préfecture, objet sur son passage des acclamations les plus chaleureuses. Pendant que le Président se rendait de la gare à la Préfecture, les délégations s'y rendaient également du Palais de l'Université. En tête se succédaient les nombreuses délégations d'étudiants étrangers, dans leurs costumes si pittoresques, avec leurs bannières et leurs drapeaux. Puis venaient les appariteurs des Facultés de Montpellier, en robe, portant la masse. Immédiatement après, le recteur, M. Chancel, en grand costume, et derrière lui les trois professeurs allemands, le savant professeur Helmoltz (de Berlin), en robe noire et revers bleus ; le recteur de Leipzig, en robe gros velours violet avec une pelisse de même couleur, à trois rangs d'hermine, soutachée d'argent ; un délégué d'Heidelberg, en habit, portant au cou le collier de l'Université. A la suite des professeurs anglais d'Andrews, Dublin, revêtus de robes noires et draperies blanches, grenat ou orange, suivait l'Université. Un professeur hollandais porte la robe noire, avec col en velours ; un délégué belge a mis l'habit de cour, à palmes, boutons d'or. Les professeurs de Coïmbre portent un costume très pittoresque : robe noire avec pèlerine assez longue, rouge, bouffante autour des épaules ; les Roumains, une robe noire à pèlerine bleue; puis viennent les professeurs français ; les membres de l'Institut, MM. Gaston Boissier, Michel Bréal, Gréard, de Lacaze-Duthiers, Armand Gauthier, Aucocq, et derrière eux les professeurs des Facultés de Paris, MM. Bouchard, Lannelongue ; MM. Nicaise et Pozzi, agrégés, etc. ; ceux de Bordeaux, MM. Pitres, Vergely, Bergonier, etc. ; ceux de Lyon, MM. Chauveau, Lacassagne, Teissier, Lortet, etc, avec leurs costumes si chatoyants, jaune, orange, rouge, grenat ; enfin les Facultés montpelliéraines.

Du Palais de l'Université à la Préfecture, la rue de la Blanquerie monte d'une façon très prononcée. Aussi, du haut de cette rue, le défilé universitaire offrait-il un spectacle original et vraiment magnifique. Les étudiants se sont groupés sur la place de la Préfecture, tandis que les membres de l'Université pénétraient dans les salons du Palais. Bientôt le Président arrive, et un quart d'heure après, le recteur lui présente les professeurs étrangers et français qui l'acclament aux cris de : Vive la République ! Vive Carnot ! Vive Montpellier ! Il remet la croix de Chevalier de la Légion d'honneur à M. Castan, doyen de la Faculté de médecine et à M. Vigier, doyen de la Faculté de droit.

M. le Président descend ensuite sur la place de la Préfecture pour la cérémonie de la *remise du drapeau à l'Association des Etudiants*. Tous les membres de l'Association, tous les étudiants sont présents : en tête, le comité composé de MM. Durand, Quilici, Cruveillier, Liénard, pour la Faculté de droit ; — Desq, Gay, Planchard, Puech et Rouch, pour la Faculté de médecine ; — Bardin, Vayssières, pour la Faculté des sciences ; — Freschier, Galtier, pour la Faculté des lettres ; — Labre, Palouzier, Taichère, pour l'Ecole de pharmacie ; — Grand, pour l'Ecole d'agriculture ; — M. Jean Guy, président de l'Association, se tient au premier rang. Tous sont en habit, coiffés de la toque distinctive de chaque Faculté : noire avec crevés rouge écarlate, pour le droit; — avec crevés rouge carmin, pour la médecine ; avec crevés rouge lie de vin, pour les sciences; avec crevés rouges orange pour la pharmacie ; avec crevés bleus pour l'agriculture ; avec crevés verts pour les beaux-arts ; les anciens étudiants portent la toque avec crevés de soie noire. Les membres du Comité qui vont recevoir officiellement des mains du Président leur drapeau, portent en sautoir le ruban bleu, couleur de l'Association ; à la boutonnière, la rosette bleue.

M. le recteur présente les membres de l'Association à M. Carnot qui remet le drapeau aux mains de M. Guy. Celui-ci remercie en ces termes :

« Les Etudiants de l'Université Montpelliéraine, dit-il, vous expriment avec leurs hommages respectueux leur profonde et éternelle reconnaissance pour le grand honneur que vous leur faites en ce jour. En recevant de vos mains le drapeau de leur association, ils savent quels devoirs leur incombent pour l'avenir; ils seront à la hauteur de leur tâche, ils sauront se montrer dignes de la confiance que vous leur témoignez et de la devise inscrite sur leur drapeau : « Tout pour la Science, » dont ils sont les modestes mais fervents adeptes, tout pour la patrie, pour l'Etat dont vous êtes le chef très respecté et profondément aimé. »

Puis, M. Carnot attache les palmes académiques à la boutonnière du sympathique président de l'Association des Etudiants. Aussitôt des bans nourris sont battus, des applaudissements et des acclamations retentissent de toutes parts : Vive Carnot !... Vive Montpellier !... Vive Guy !...

Dès que le Président est rentré à la Préfecture, le cortège se forme pour se rendre à la promenade du Peyrou. Derrière le drapeau des étudiants de Montpellier viennent les délégations étrangères avec leurs drapeaux, puis les délégations françaises avec leurs drapeaux ou leurs bannières. Les étudiants français sont rangés par lettres alphabétiques, Paris en tête. Viennent ensuite le Conseil municipal de Montpellier, les professeurs des Facultés, les recteurs, les délégués des Universités étrangères, les membres de l'Institut, etc., etc. Ce déploiement considérable de costumes, de bannières et de drapeaux est superbe et rappelle tout à fait ce que nous avons vu à l'inauguration de la Sorbonne l'an dernier.

A peine le cortège est-il installé sous l'immense vélum dressé à l'extrémité du Peyrou qui, partout, est admirablement décoré, que M. Carnot arrive; la musique militaire exécute la *Marseillaise* aux applaudissements de la foule. Toutes les toques sont en l'air. M. Carnot se tourne vers les étudiants auxquels il adresse son salut le plus cordial. Ceux-ci chantent la *Marseillaise*. Le moment était véritablement solennel ; il y a eu quelques minutes d'un réel enthousiasme auquel peu de personnes ont échappé.

M. Chancel remercie ensuite M. le Président de la République au nom des Facultés de Montpellier. Nous relevons dans son discours les deux passages suivants:

« Il ne suffit pas de rappeler fièrement le passé, il faut aller hardiment vers l'avenir, car le mouvement, c'est-à-dire le progrès, est la loi même des Sociétés modernes. N'est-il pas aussi la loi de la science, qui est notre raison d'être, et de l'enseignement qui est notre but? ..... Il s'agit d'organiser, pour l'avenir, un enseignement plus harmonieux et plus général, dont l'action s'exerce d'une façon continue sur un milieu déterminé, où la jeunesse studieuse puisse développer toute son intelligence, satisfaire toutes ses curiosités légitimes et, par delà les connaissances les plus variées, saisir, sous une forme visible et en quelque sorte vivante, l'unité même de la science. Voilà l'idéal que nous proposent tous ceux qui ont à cœur la gloire scientifique de la France ; ils ont bien compris que, grace à cet enseignement vraiment supérieur, nos Facultés, ainsi complétées les unes par les autres, deviennent véritablement des foyers de science et d'esprit national. »

M. Croiset, professeur à la Faculté des lettres, dans un discours très intéressant, mais un peu trop long pour la circonstance, retrace à grands traits l'histoire de l'ancienne Université de Montpellier ; il termine ainsi :

« Pour qu'une Université soit autre chose qu'un groupement artificiel, il faut qu'elle ait une ame. Après ces fêtes, nous espérons que personne, ni en France, ni à l'étranger, ne méconnaîtra la vitalité ardente de celle qui anime nos écoles. Une glorieuse tradition, de légitimes désirs, un dévouement commun au service des mêmes espérances, voilà ce qui nous unit tous ici d'un lien indissoluble. Animés de ces sentiments, nous comptons sur cette

vaillante jeunesse, désormais groupée autour du drapeau qu'elle a reçu des mains du chef de l'Etat, pour nous aider à honorer la France devant l'Europe par des œuvres de vérité. Nous ne doutons pas que, grâce à elle, le nom de l'Université de Montpellier ne soit porté dans l'avenir à travers le monde plus loin encore qu'il ne l'a été dans le passé, et nous sommes assurés qu'il y sera de plus en plus aimé et considéré comme celui de grandes écoles de haute et libérale civilisation. »

Après M. Croiset, M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique, a prononcé le discours que nous avons publié dans notre dernier numéro. Ce discours a été, comme nous l'avons dit, le principal événement des fêtes du centenaire. M. Gaston Boissier a pris la parole au nom de l'Institut; M. Gréard a parlé au nom de toutes les Académies de France. M. Gaudensi, délégué de l'Université de Bologne, au nom des Universités étrangères.

La série des discours étant terminée, les délégués des Universités de Berlin, Leipsig, Baltimore, Oxford, Prague, Gand, Liège, Copenhague, Athènes, Amsterdam, Groningue, Leyde, Rome, Modène, Bologne, Christiania, Coïmbre, Helsingfors, Upsal, Stockholm, Bâle, Berne, Lausanne, Genève, Neufchâtel et Zurich, après avoir salué le Président de la République, ont remis au recteur des adresses écrites sur parchemin, renfermées dans des écrins de cuir ou magnifiquement reliées et destinées à rappeler le souvenir de leur participation au centenaire. Enfin, les délégués des étudiants ont défilé devant le Président de la République qu'ils ont salué en inclinant leurs drapeaux et leurs bannières. Le soir, la municipalité a offert au Président un banquet à l'Hippodrome auquel ont assisté 1150 invités.

Au dessert, M. Laissac, maire, a prononcé un toast dans lequel il a rappelé que Montpellier s'est associé sans « hésitation aucune aux efforts que firent nos pères pour maintenir leur indépendance et repousser l'intervention de l'étranger », que parmi les députés à la Convention, Montpellier compte Cambon « le grand financier »; que « l'un des plus grands philosophes du siècle, Auguste Comte, est né à Montpellier (1) ; que le musée Fabre (2) est le plus riche après celui du Louvre » ; puis il énumère les nombreux sacrifices faits par la ville de Montpellier pour son organisation universitaire ; enfin, il termine en signalant la lutte courageuse des habitants du département contre le phylloxera, puis pour la reconstitution de la vigne française.

Ensuite M. Carnot a prononcé un discours dont nous croyons devoir détacher le passage suivant :

« La splendide fête universitaire à laquelle vous nous avez conviés fait naître dans nos cœurs de bien douces et patriotiques emotions qui assurent à cette journée une place dans nos souvenirs à côté de celles du 5 août 1889 qui vit inaugurer la nouvelle Sorbonne et du 29 septembre où toutes les nations vinrent au Palais de l'Industrie grouper leurs bannières autour du drapeau de la France. Admirables journées où les cœurs se rapprochent, où les sentiments les plus nobles, les plus élevés, effacent toutes les divisions et abaissent les frontières devant l'amour de la science et de l'humanité.

Jeunesse des Universités étrangères, jeunesse française, mêlant leurs rangs, confondant leurs bannières, acclamant dans le même élan d'enthousiasme la science, le progrès, la fraternité humaine ; inoubliable spectacle dont la cité de Montpellier doit etre joyeuse et fiere ; merci à vous, de nous avoir appelés à l'admirer et d'avoir gravé dans nos cœurs ce rayonnant souvenir. Merci à cette vaillante jeunesse qui a, chaque jour, davantage la conscience collective d'elle-même et de sa mission, et que nous trouvons partout fière, généreuse, avide de justice et de vérité, passionnée pour la liberté et pour la patrie ! »

Toute l'assistance a écouté debout ces paroles de M. Carnot et lui a fait une ovation enthousiaste aux cris répétés de : Vive la République !...

A dix heures du soir, les étudiants, portant chacun une lanterne vénitienne, ont parcouru les principales rues. L'aspect de cette retraite était « féérique. » Après la retraite, un punch a été offert au cercle des étudiants à M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique. Son toast et celui de M. Lavisse ont été très vivement applaudis.

(1) Quoique adversaire de l'abus des statues, nous croyons que les statues de Cambon et d'Auguste Comte seraient dignes de figurer sur les places de Montpellier.

(2) Voir plus loin *Musée Fabre* (p. 470, col. 2).

Pour donner une idée de l'enthousiame des Montpelliérains, nous croyons devoir terminer le récit de cette seconde journée par le passage suivant du *Petit Méridional :* « Toutes les rues, surtout celles qui environnent l'Hippodrome, ont un aspect féérique : des fleurs, de la verdure, des drapeaux de toutes les nations. Aux fenêtres, un véritable grouillement de têtes. Du monde partout, jusque sur les toits. Et des cris, et des applaudissements ! Tout le monde est emballé, et, il n'y a pas à dire, le spectacle est charmant et imposant à la fois. » B.

Clinique générale de Paris.

25, Quai des Grands-Augustins (Place Saint-Michel).

CONSULTATIONS GRATUITES. — Lundi, mercredi, vendredi : *Maladies de la gorge, du nez et du larynx* : Dr ASTIER, de 10 h. à midi ; *Electrothérapie* : Dr LARAT, de 10 h. à midi ; *Maladies des yeux* : Dr PINEL-MAISONNEUVE, de 1 h. à 3 h.; *Maladies des voies urinaires* : Dr MALÉCOT, de 5 h. à 6 h. 1/2. — Mardi, jeudi, samedi ; *Médecine des enfants* : Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, de 10 h. à midi ; *Maladies de la peau* : Dr DE MOLÈNES, de 10 h. à midi ; *Maladies des femmes, accouchements* : Dr FOURNEL, de midi 1/2 à 2 h. 1/2 ; *Hydrothérapie, massage* (maladies nerveuses) : Dr DESCOURTIS, de 1 h. à 3 h.; *Chirurgie des enfants, orthopédie* : Dr COUDRAY, de 3 h. à 5 h.

Assistance publique. (*Défense contre les aliénés furieux.*)

« L'Asile d'aliénés de Cadillac vient d'être le théâtre d'un douloureux événement. Un malade aurait succombé à la suite de mauvais traitements qui lui auraient été infligés dans la nuit du 22 au 23 mai. Le médecin légiste, appelé à pratiquer l'autopsie, a constaté que le pauvre fou est mort des suites d'une péritonite provoquée par un coup violent reçu dans le bas-ventre.

« Interrogés, les deux gardiens, sur lesquels paraît retomber la responsabilité de l'événement, ont déclaré que ce malade avait été pris, dans la nuit, d'une attaque de folie furieuse. Pour le maintenir et se soustraire aux coups qu'ils leur portaient, ils avaient été forcés de déployer une grande vigueur et même, à certains moments, de se défendre ; il se pourrait donc, disent-ils, qu'ils aient porté involontairement à l'aliéné, pendant la lutte, le coup malheureux qui a entraîné sa mort. Le parquet de Bordeaux, qui a déjà commencé l'instruction de cette affaire, va se transporter sur les lieux. » (Extrait des journaux politiques).

Si nous relevons ce fait, c'est parce qu'il se reproduit malheureusement de temps en temps. En pareil cas, les infirmiers sentant leur vie menacée, réagissent trop vigoureusement. On ne saurait leur en faire un reproche d'une façon absolue. Mais de tels accidents pourraient être évités en général, si les infirmiers se conformaient à une règle qu'on ne saurait trop rappeler et qui consiste *à n'intervenir qu'en nombre*, 4 ou 5, quand il s'agit de malades furieux. En pareil cas, le malade est intimidé et les infirmiers ont moins à craindre, étant en mesure d'immobiliser facilement l'aliéné.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant les mois d'avril et mai 1890 (année scolaire 1889-1890).

MM. CONDÉ (2 mai 1890) : Contribution à l'étude du traitement des plaies de la main par écrasement (pansement ouaté mixte, conservation). — TITI (5 mai 1890) : Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants. — DUPIN (5 mai 1890) : Des complications de la grippe. — LEVRIER (23 mai 1890) : Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles. — COULOIN (23 mai 1890) : Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. — ARCHAMBAULT (28 mai 1890) : De la dermatose de Kaposi (Xeroderma Pigmentosum).

Le Musée Fabre de la ville de Montpellier.

C'est avec raison que le maire de Montpellier a vanté à M. le président de la République les richesses du musée Fabre. Il ne nous appartient pas d'en faire l'éloge. Nous l'avons visité en 1881 et nous avons essayé de le parcourir de nouveau. Nous n'avons pu le faire ; il a été fermé aux heures habituelles et n'est pas resté ouvert toute la journée, ainsi que cela se pratique habituellement dans les villes où il y a des fêtes extraordinaires comme celles du Centenaire ou des Congrès. Beaucoup de visiteurs se sont présentés, comme nous, en dehors des heures réglementaires. Au point de vue médical, nous avions autrefois relevé un certain nombre de tableaux très intéressants. En voici la liste : Guerchin, saint François en méditation ; Guido Reni, sainte Agathe : elle tient dans un plat d'or son sein coupé recouvert d'une palme (A rapprocher des Skoptzy ou de certaines hystériques, comme Geneviève B..., dont M. Charcot a parlé dans ses leçons et dont nous

avons rapporté tout au long l'histoire dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, qui s'était coupé l'un des mamelons); — du même, saint François en extase; — Jules Romain, le sabbat: une sorcière est traînée dans la carcasse d'un animal. Elle est entourée de petits enfants, dont quelques-uns sont morts; elle porte un vase enflammé. Différentes figures l'accompagnent; plusieurs sont montées sur des monstres bizarres; — Paul Véronèse, saint François recevant les stigmates; — Zurbaran, sainte Agathe: elle tient entre ses deux mains un plat contenant ses seins coupés; — Lebrun, saint Jean l'évangéliste en extase. — Malheureusement le photographe du Musée n'a pas jugé utile de faire les photographies de ces tableaux que seraient certainement heureux de se procurer les neurologistes. B.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Nous trouvons dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) une bien singulière appréciation à propos du *traitement des kystes hydatiques du foie*. L'auteur de l'article fait connaître d'abord l'opinion de M. Daviez Thomas qui a constaté, statistique en mains, que le traitement de choix, celui qui donnait la mortalité la plus faible, 10 0/0 (ce chiffre est d'ailleurs beaucoup trop élevé pour les statistiques modernes), était le procédé de Lindemann-Landau qui a été décrit et apprécié il y a 3 ans dans ce journal (2). Mais il ajoute : « Les conclusions de M. Daviez Thomas vont à l'encontre des faits admis par la majorité des cliniciens... Donc elles ne peuvent entraîner la conviction, puisqu'elles heurtent les opinions soutenues jusqu'à ce jour... » C'est là, on l'avouera, une nouvelle façon de raisonner. Que nous importe, à nous, que certains praticiens croient que les ponctions valent mieux que la laparotomie ! Les faits sont là et ce n'est pas en les niant, purement et simplement, qu'on guérira les malades ! On pourra se livrer à de belles dissertations cliniques, soit ; mais tout ce qu'on pourra dire n'influencera absolument en rien ceux qui ont l'habitude d'observer la nature — au lieu d'apprendre dans les livres de l'ancien temps — et de rechercher avant tout le succès thérapeutique.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Rendu, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Potain, Straus, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, A. Robin.

MARDI 10. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Debove, Duguet, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hutinel, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lefort, Brun, Bar. — (2e *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Remy. — (2e partie) : MM. G. Sée, Hanot, Gilbert.

MERCREDI 11. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Rendu, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Chauffard, Chantemesse.

JEUDI 12. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Peter, Duguet. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ball, Quinquaud.

VENDREDI 13. — 3e *de Doctorat* (2e partie) MM. Straus, Chantemesse, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Rendu, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Marc Sée, Reynier. — (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Déjerine, A. Robin.

SAMEDI 14. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. Debove, Hanot, Gilbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Ballet, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguay, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Ball, Cornil, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 11. — M. L[illegible]vel. Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. — M. Ponchon. De la [illegible] purulente.

JEUDI 12. — M. Lancelin. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de la loi de R[illegible]laere. — M. R[illegible]. Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso pharyngienne et les laryngites striduleuses. — M. Bergeret Jean[illegible]. Contribution à l'étude de la [illegible]. — M. Crev[illegible]. Considérations générales sur la pathogénie du rhumatisme articulaire [illegible]. — M. Legrand.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 29 avril 1890, p. 4[illegible]4.
(2) *Progrès médical*, nos 11, 14, 15, 1887

Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la vessie. — M. Aubert. Traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée.

Enseignement médical libre.

Cours de Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef de laboratoire de la Faculté, recommencera son cours de technique microscopique et de manipulations pratiques, le 16 juin, à 4 heures, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5. — Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 mai 1890 au samedi 31 mai 1890, les naissances ont été au nombre de 1074 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 408 ; illégitimes, 139, Total, 547. — *Sexe féminin :* légitimes, 387 ; illégitimes, 140, Total, 527.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 mai 1890 au samedi 31 mai 1890, les décès ont été au nombre de 948 savoir : 514 hommes et 434 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 5, T. 10. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 31, F. 14, T. 45. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 9, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 73, T. 183. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 17, T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 20, T. 39. — Méningite simple : M. 22, F. 21, T. 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 14, T. 35. — Paralysie : M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 0, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 34, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 14, T. 29. — Bronchite chronique : M. 17, F. 10, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 7, T. 15. — Pneumonie : M. 23, F. 23, T. 46. — Gastro-entérite, biberon, M. 32, F. 20, T. 52. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 9, F. 8, T. 17. — Sénilité : M. 4, F. 13, T. 17. — Suicides : M. 5, F. 3, T. 8. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort : M. 89, F. 79, T. 168. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 7, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 12. Total : 39 — *Sexe féminin :* légitimes, 31 ; illégitimes, 19. Total : 49

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. PETIT (Martial-Louis), docteur ès sciences, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Cagnieul.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de médecine opératoire et une chaire de clinique chirurgicale viennent d'être déclarées vacantes.

Concours de prosectorat. — Ce concours a eu lieu lundi dernier. *Jury :* MM. Le Fort, Guyon, Lannelongue, M. Duval et Ch. Richet. — *Candidats :* MM. Calot, Chevalier, Chupault, Dagron, Jonnesco, Delagenière, Faure, Legueu, Mauclaire, Noguez, Reynauld. Composition écrite : *Pancréas* (An. et Phys.) ; *Traitement des kystes hydatiques du foie* (Path.). La lecture a commencé mercredi à 3 heures : MM. Calot et Noguez, 21 ; M. Faure, 23.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 7 juillet 1890, à 9 heures du matin. *Conditions du concours :* Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (Guichet no 4), avant le 2[illegible] juin 1890. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à [illegible] heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Seront admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le [illegible] du service de santé de la marine vient de terminer son rapport sur le choix à

fatre au sujet de la ville où doit être placée cette Ecole. Ce n'est qu'en juillet que la décision définitive du ministère sera connue.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. ABD-EL-KADER OULD BOUZIAN (Bertié), bachelier de l'enseignement secondaire spécial, est nommé préparateur d'anatomie et histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger (emploi nouveau).

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1890, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos avant l'ouverture dudit concours.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Voici les noms des nouveaux conseillers qui font partie des deux commissions suivantes : *Enseignement :* MM. Charles Longuet, Levraud, Blondel, Lavy, Marsoulan, Baudin, Emile Richard, Vorbe, Stupuy, Gaufrès, Boll, Alphonse Humbert, Collin, Hattat, Delhomme, Piperaud. *Assistance publique, Mont-de-Piété :* MM. Péan, Cattiaux, Maury, Strauss, Georges Berry, Navarre, Bompard, Réties, Chauvière, Faillet, Lucipia, Dubois.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur :* M. le Dr Bassompierre (Mare), médecin-major, est nommé Chevalier de la Légion d'honneur. M. le Dr Castan (de Montpellier) est nommé Chevalier de la Légion d'honneur. — *Officiat d'académie :* Sont nommés Officiers d'académie MM. les Drs Gros (Apt), Petit (Lonzeau) et Carle (Montélimar).

MISSION SCIENTIFIQUE. — M Léon BERQUAND, officier d'Académie, directeur-fondateur de l'Institut des Bègues de Marseille, est chargé d'une mission scientifique en Russie et particulièrement à Saint-Pétersbourg, Moscou et Odessa, en vue d'y poursuivre les études relatives à l'étiologie et au traitement du bégaiement.

MONUMENT A DAVIEL. — La statue de Daviel doit bientôt s'élever dans le département de l'Eure. L'inauguration doit avoir lieu vers la fin de juillet. Nous avons eu l'occasion de voir l'œuvre remarquable modelée par un jeune sculpteur rouennais, M. A. Guilloux, et nous sommes heureux d'adresser nos compliments tant à son talent qu'au désintéressement avec lequel il s'est contenté, pour un travail aussi considérable, du produit relativement minime de la souscription. La statue, plus grande que nature, et qui sera supportée par un piédestal de 3 mètres, présente l'éminent chirurgien debout, la main gauche reposant sur une tête détachée d'un cadavre, entr'ouvrant l'œil avec le pouce. La main droite, pendante, est armée du couteau qui paraît vouloir ébaucher l'opération que conçoit la pensée. Il faut louer sans réserve l'attitude méditative et l'expression d'intelligente réflexion que le sculpteur a su donner à son personnage. L'assiette est parfaite et les vêtements, fidèlement reproduits d'après des originaux du temps, drapent merveilleusement le personnage que le plein air fera pleinement ressortir, nous en sommes convaincu. (*Norm. méd.*). Nous avons appelé souvent l'attention de nos lecteurs sur l'érection, bien motivée, de ce monument (1886, n° 6 ; 1887, nos 20 et 24 ; 1888, n° 20, et 1889, nos 2 et 28). Nous rappellerons que les souscriptions sont toujours reçues : à Paris, chez M. le Dr BRUN, trésorier, rue d'Aumale, 23, et au siège du Comité, chez M. le Dr HORTELOUP, rue de la Victoire, 76 ; à Rouen, aux Bureaux de la *Normandie médicale*, chez M. le Dr CORNÉ, rue de Buffon, 45 *bis* et chez M. le Dr GAURAU, rue Saint-Patrice, 65 *bis ;* à Bernay, à la Mairie et chez M. LE RENARD-LAVALLÉE.

NÉCROLOGIE.— M. le Dr JULIUS POLLOCK, fils du baron Pollock, agé de 56 ans, a succombé à une péricardite survenue à la suite d'une grippe. Nommé en 1870 membre du Royal Collège of Physicians de Londres, il fut successivement professeur et doyen à l'Ecole de Charing Cross. Universellement aimé, il était très populaire parmi ses collègues et les étudiants. — Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort du professeur Win Kirby SULLIVAY, professeur de chimie au Collège of science de Dublin, puis à la Catholique Université de Cork. — M. le Dr PEYRÈGNE (de Toulouse). — M. le Dr DE LA PORTE et M. Raymond DE LA PORTE, élève du service de Santé militaire, son fils. — M. le Dr PLACIS-FOSSÉS-HAUTEVILLE (Lesnerves). — M. le Dr RENARD (de Paris). — M. le Dr Rob. C. JORDAN, ancien lecteur des maladies des Enfants à Queen's College de Birmingham. — M. le Dr FINCHAM, ancien lecteur de médecine légale à l'Ecole de Westminster, à Londres. — M. le Dr G. RANSON, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. — M. le Dr LEJEMBLE, procureur général à la cour d'appel de Pondichéry (*Sem. méd.*). — M. le Dr Gilbert BERNARD (Paris). — M. le Dr LIBERMANN, Henri-Adolphe-François, né à Illkirch (Bas-Rhin) en 1834, médecin principal de 1re classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Boulogne-sur-Mer à la suite d'accidents diabétiques et cérébraux qui l'avaient tenu depuis longtemps écarté du monde médical et de sa clientèle. Ses débuts dans la médecine militaire avaient été brillants et il soutint à Strasbourg le 22 décembre 1857 sa thèse de doctorat *sur les plaies pénétrantes des articulations.* Il fit comme aide-major les campagnes de Chine et du Mexique et il publia plusieurs mémoires pleins d'intérêts : *Sur la fumée d'opium en Chine et sur ses effets pathologiques* (1862). — *Sur la coiffure des soldats au Mexique* (1864). — *Sur les fièvres intermittentes dans la vallée de Mexico* (1869). — *Sur le chancre phagédénique au Mexique et son traitement par le calomel à haute doses* (ib.). — *Sur le typhus abortif et sa place dans le cadre nosologique* (1865). — *Sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids,* etc. A son retour en France il fut placé comme médecin major à l'hôpital du Gros-Caillou, qu'il quitta pour raison de santé avec le grade de médecin principal de 1re classe. Membre de la Société médicale des hôpitaux, il s'y montra partisan du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Homme de progrès, praticien au courant de la littérature médicale allemande, il s'était conquis une notoriété importante dans le corps de santé militaire. (*Paris médical*).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Cochin, a commencé ses leçons de clinique thérapeutique à cet hôpital, le mercredi 4 juin, à 9 h. 1/2 ; il les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera cette année de la thérapeutique des affections de l'estomac. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.— *Clinique dermatologique et syphiligraphique.*— M. HALLOPEAU a commencé ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 24 mai, à 10 heures du matin et les continue les samedis suivants à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (dernière de M. le Dr BOURNEVILLE, le samedi, à 9 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

18e ANNEE. — 2e SERIE. T. XI. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 JUIN 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la contracture du Biceps dans les arthrites du coude ;

par le Dr TERRILLON.

Je désire attirer l'attention sur un phénomène que j'ai souvent observé et qu'il me paraît utile d'analyser avec soin. Il s'agit de la *Contracture du Biceps* coïncidant avec l'*arthrite du coude.*

Cette contracture — qui se produit ici comme dans les autres articulations — a été signalée depuis longtemps, mais elle m'a semblé avoir, au niveau du coude, une importance spéciale et prêter à quelques considérations intéressantes qui n'ont pas encore été indiquées.

Au point de vue des signes physiques, cette contracture présente les caractères suivants : L'avant-bras est fléchi sur le bras dans l'attitude ordinaire de la demi-flexion, mais à un degré variable suivant les cas. Aussitôt que l'on essaie de mettre le membre dans l'extension, il est facile de constater que celle-ci est limitée par une résistance élastique, extensible dans une certaine mesure, mais insurmontable. Cette résistance, qui ne rappelle en rien la résistance brusque et nette produite par la rencontre de deux saillies osseuses, est caractéristique.

Pendant qu'on s'efforce de produire ainsi l'extension, on voit se dessiner, en avant de la région du bras et au niveau du pli du coude, une corde saillante qui n'est autre que le tendon du biceps. Si ce mouvement est exagéré, il augmente la rigidité de cette corde et le plus souvent provoque une vive douleur, soit au niveau du tendon lui-même, soit dans le paquet musculaire du biceps, plus rarement au point d'insertion de ce muscle sur le radius. Dans un petit nombre de cas on observe, en même temps, une contracture du brachial antérieur et du long supinateur. Mais ce n'est là qu'un phénomène accessoire et un obstacle secondaire à l'extension. Toutefois, il est bon d'ajouter que le brachial antérieur étant situé profondément, il est difficile de se rendre compte exactement du degré de sa contracture.

Quoi qu'il en soit, le phénomène dominant est la flexion de l'avant-bras. Cette flexion est ordinairement faible ; elle atteint rarement 45 degrés et le plus souvent demeure presque insensible. Ainsi s'expliquent les cas où la contracture est si faible qu'elle permet d'obtenir une extension relative bien voisine de l'extension complète. En observant avec soin le muscle dans cette position, on reconnait cependant que la contracture existe et et que la corde formée par le muscle contracturé se dessine nettement sous la peau.

Quelles sont les conditions dans lesquelles apparait cette contracture du biceps ? — Toutes les arthrites du coude peuvent la produire et on peut dire que c'est là un caractère absolu de ces lésions, et un caractère qu'on observe dès le début. Elle survient dès les premiers jours dans les arthrites traumatiques légères, j'en ai constaté de nombreux cas. Elle est fréquente dans les arthrites traumatiques graves, comme celles qui suivent les luxations du coude. Enfin toutes les variétés de rhumatisme, le plus léger comme le plus intense, peuvent la produire. On est donc en présence d'un phénomène presque constant dans l'arthrite du coude.

Pour l'étudier dans tous ses caractères et bien montrer son importance clinique, il est utile de l'envisager à divers points de vue et dans diverses circonstances. Malgré la difficulté qui consiste à faire ces distinctions dans la clinique, je les diviserai en trois variétés, qui correspondent aux faits que j'ai observés.

Première variété. — Dans certains cas, la contracture du biceps précède tous les autres phénomènes de l'arthrite du coude ; elle en est le premier symptôme, celui-ci peut exister seul, pendant plusieurs jours. Ce phénomène m'a tellement frappé que je le considère comme un signe précurseur à surveiller. Plusieurs fois j'ai fait le diagnostic anticipé d'arthrites du coude par la constatation de ce seul symptôme. La contracture avec attitude fléchie de l'avant-bras peut précéder de trois ou quatre jours l'apparition des signes ordinaires de l'arthrite.

Deuxième variété. — Dans d'autres circonstances, la contracture existe avec d'autres signes de la lésion articulaire, mais elle peut devenir une cause d'erreurs pour le diagnostic. Souvent, en effet, un malade qui ne peut étendre le bras, voit dans ce symptôme, sa maladie tout entière, et le médecin, après un examen trop superficiel, si ce dernier partage cette opinion. Mais, s'il recherche avec attention quelques signes de l'arthrite du coude ; la chaleur de la région ; un léger gonflement ; une douleur bien localisée au niveau d'un des culs-de-sac de la synoviale; parfois un peu de fluctuation ; il éclairera facilement la nature de la maladie.

On n'observe donc au premier abord, aucun signe caractérisant l'arthrite ; tous les mouvements sont libres, sauf l'extension qui est limitée par la contracture des fléchisseurs. C'est cette contracture qui devra susciter l'idée de la lésion articulaire et éveiller l'attention du médecin. Elle sera le guide à l'aide duquel il recherchera les autres caractères restés inconnus jusqu'ici.

J'ai ainsi plusieurs fois évité des erreurs et montré au malade et au médecin étonnés, qu'il s'agissait bien d'une arthrite du coude, au début, et que la difficulté de l'extension n'était qu'un phénomène secondaire.

On conçoit aisément l'avantage qui peut résulter de ce signe précoce, permettant de soigner une arthrite dès le début au lieu de la négliger ou d'appliquer un traitement irrationnel, faute de connaître la vraie nature de la lésion.

Troisième variété. — Il s'agit ici de la contracture banale, commune, qui accompagne toutes les arthrites du coude en pleine évolution et avec tous ses autres caractères. Ce phénomène, signalé par tous les auteurs, a été bien interprété par Pingaud (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, Art. COUDE . Il ne présente d'ailleurs rien de spécial dans cette circonstance. C'est une contracture ordinaire, variant d'intensité suivant les variétés d'arthrites et qui peut être accentuée jusqu'à maintenir le coude dans la flexion complète.

Mais ce qui est particulier à cette contracture, c'est que non seulement elle persiste pendant les phénomènes inflammatoires de l'articulation et surtout autant que dure l'élévation de température qu'on observe à la surface de cette articulation, mais elle semble se prolonger après la disparition de ces phénomènes. Elle devient alors un obstacle durable à l'extension, obstacle très gênant et persistant presque indéfiniment. Combinée avec les adhérences périphériques plus ou moins résistantes, elle constitue, sous le nom de *fausse ankylose du coude*, un des facteurs les plus importants de cette arthrite.

En résumé : ce qui paraît ressortir des faits que j'ai étudiés, c'est qu'il existe souvent, comme reliquat de l'inflammation de l'articulation du coude, de quelque nature qu'elle soit, une *contracture du biceps*, celle-ci jointe à la contracture des autres muscles fléchisseurs gêne pendant longtemps les mouvements d'extension.

Nous avons observé bien souvent des malades chez lesquels tous les signes de l'arthrite avaient disparu, sauf celui-là. La flexion est parfaite; mais l'extension est limitée à 45 degrés ou même moins étendue. Quand on veut forcer cette attitude on voit aussitôt le biceps se tendre comme une corde et le malade éprouver quelques douleurs localisées principalement dans le muscle contracturé ou au niveau de ses insertions.

Après avoir sommairement décrit cette cause spéciale de gêne dans les mouvements du coude, nous pourrons pousser plus loin cette étude, en recherchant si cette impotence n'est due qu'à la contracture musculaire seule, ou bien si elle dépend également des adhérences de la péri-arthrite. Enfin, il faudra savoir quel est le plus important de ces deux facteurs et celui auquel le chirurgien doit s'attaquer le premier.

Ce reliquat des arthrites du coude est surtout fréquent après les arthrites traumatiques, principalement après les luxations réduites. Les choses se passent alors de diverses façons.

Tantôt l'inflammation du coude — surtout celle d'origine traumatique — laisse après elle des désordres qui vont jusqu'à la fusion des surfaces articulaires. On a dans ce cas l'*ankylose vraie* ou *complète*, ici la contracture musculaire ne joue qu'un rôle secondaire.

Tantôt, au contraire l'inflammation n'a produit que des lésions périphériques, du côté des ligaments et des capsules. C'est la *fausse* ou *demi-ankylose* dans laquelle les mouvements sont limités, mais possibles et peuvent être rétablis par un long exercice, par un usage méthodique de l'articulation. Malheureusement un facteur important qui vient aggraver ces obstacles périphériques, est précisément la contracture des muscles. Cette contracture, qui est déjà par elle-même l'obstacle principal à l'extension complète, présente l'inconvénient de maintenir le coude dans une flexion permanente. De ce fait découle une conséquence des plus sérieuses : les mouvements étant très limités, les adhérences fibreuses ne sont pas tiraillées, elles peuvent s'organiser lentement, devenir de plus en plus rigides et finalement presque indestructibles. La contracture a donc pour l'intégrité future de l'articulation une très grande importance.

En résumé, dans la fausse ankylose du coude qui survient après une arthrite, l'obstacle permanent à l'extension complète est constitué, soit par la contracture des muscles seuls, soit par cette contracture unie à des adhérences fibreuses péri-articulaires.

La première variété est la seule qui nous occupe, dans cet article ; nous ne parlons de la seconde qu'accessoirement.

Physiologie pathologique. — Sans entrer dans des considérations physiologiques très complètes, il est certain que cette contracture du biceps est un phénomène d'origine réflexe. L'irritation, point de départ du réflexe, existe au niveau des nerfs qui se terminent dans la capsule articulaire. Quelque faible que soit cette irritation, elle provoque aussitôt une contracture des muscles qui font mouvoir l'articulation.

Il semble qu'il y ait là une protection contre des mouvements douloureux de l'articulation, fait que M. Verneuil a bien désigné sous le nom de : *vigilance musculaire*.

La quantité d'inflammation capable de provoquer de la contracture semble devoir être très faible, car le phénomène est quelquefois très marqué malgré l'intensité amoindrie de l'arthrite. Dans les cas favorables, en effet, nous voyons la contracture paraître, souvent dès le début, avant que la lésion articulaire soit appréciable, persister à des degrés divers tant que dure l'arthrite, puis s'éteindre avec elle. Dans les cas moins heureux, la contracture persiste, alors que les caractères de l'inflammation ne sont plus depuis longtemps accessibles à nos moyens d'investigation.

Enfin, nous savons aussi que cette contracture peut être d'une durée presque indéfinie et persister pendant longtemps au delà de l'arthrite. Il s'agit alors de se demander si l'on est toujours en présence du même phénomène et si, à l'action physiologique, ne s'est pas substitué un autre état du muscle, un certain degré de rétraction. Quelques-unes de mes observations semblent bien prouver la réalité de cette transformation.

C'est par l'examen pratiqué sous l'influence du sommeil anesthésique qu'on peut constater ce phénomène secondaire. La contracture du muscle cède pendant le sommeil, au contraire, la rétraction persiste et indique que le muscle a subi un raccourcissement permanent.

En effet, lorsque, dans le cours d'une arthrite du coude avec contracture, on plonge le malade dans le sommeil anesthésique profond, on voit les muscles reprendre leur souplesse. Il m'est arrivé plusieurs fois, au contraire, dans des cas de contractures anciennes et persistantes, d'endormir le malade et d'essayer le redressement. Or, à ce moment, outre la résistance que j'éprouvais de la part des adhérences péri-articulaires, j'avais la notion exacte que le muscle restait tendu, rigide et ne cédait que difficilement à mes efforts. Cependant le malade était profondément endormi ; tous les autres muscles étaient en résolution parfaite.

Il s'était donc produit là, soit aux dépens du tendon, soit aux dépens du muscle lui-même, un certain degré de raccourcissement dû probablement à des altérations du tissu fibreux. Ce phénomène n'est pas rare et a été observé dans de nombreuses circonstances. M. Charcot a signalé des exemples de cette contracture succédant aux contractures spasmodiques d'origine hystérique ou nerveuse.

Pronostic. — D'après les faits que j'ai observés, j'ai remarqué que la contracture qui a accompagné l'arthrite du coude persiste presque toujours après les désordres articulaires. A part les quelques cas où le phénomène musculaire s'est amendé quand l'inflammation a disparu, on voit, chez un grand nombre de malades, persister une flexion plus ou moins prononcée du coude, flexion invincible, et, comme nous l'avons

vu, d'une ténacité et d'une durée presque indéfinies. C'est donc là un signe d'un pronostic fâcheux.

Il constitue, en effet, non seulement une gêne constante et des plus sérieuses pour la fonction du membre, mais aussi une cause de douleurs si les muscles subissent quelque violence. Enfin, ainsi que nous l'avons signalé, cette contraction devient un obstacle à la guérison par l'immobilité où elle maintient l'articulation; immobilité pendant laquelle les adhérences péri-articulaires, second facteur de cette ankylose, se développent et s'aggravent.

Traitement. — Les moyens aptes à lutter contre les deux facteurs, contracture musculaire et adhérences fibreuses, qui, ensemble ou séparément, entretiennent la raideur du coude, ne peuvent être que des moyens mécaniques. Tantôt ils consistent simplement en des mouvements provoqués par le malade lui-même ; tantôt ce seront des manœuvres plus violentes faites par une personne étrangère, ou au moyen de massage ou l'électricité; enfin, on aura recours à des procédés énergiques comme la traction élastique.

Il est bon de se rendre compte de l'action physiologique de ces divers modes de traitement pour en déduire leurs avantages ou leurs inconvénients et les règles de leur application.

Supposons donc que tous les phénomènes inflammatoires à la lésion articulaire sont disparus ; seules la contracture et les adhérences périphériques persistent.

Le premier moyen qui se présente à l'esprit pour vaincre cette double résistance est la traction plus ou moins violente qui, pour les muscles en particulier, aura pour résultat de les étendre, de les étirer. Mais ce procédé qui est si simple ne donne jamais de bons résultats.

On n'est pas en effet ici en présence d'une force inerte, simplement mécanique, qu'il faut vaincre; d'un lien fibreux qu'il faut rompre ; d'une corde qu'il faut allonger. Il s'agit en réalité de lutter contre un phénomène physiologique bien connu : la *contracture musculaire*, or, celle-ci augmente à chaque irritation, elle s'exaspère quand on cherche à la vaincre mécaniquement. Plus on tiraille un muscle contracturé, plus on exagère la douleur musculaire et plus la contracture devient intense et invétérée. Tous ces résultats sont ordinaires et ressortent de toutes les observations.

Il faut donc abandonner un tel moyen ou plutôt ne l'employer que lentement, progressivement, avec méthode et prudence, dans la crainte d'aggraver la situation au lieu de l'améliorer. Un précepte important doit présider à l'essai de la traction sur ces muscles contracturés. Tant que la contracture est douloureuse aux moindres tractions, il est nécessaire d'employer le repos. Celui-ci m'a toujours semblé être l'agent principal de la cessation des douleurs et de la détente musculaire. Il m'est arrivé plusieurs fois d'immobiliser complètement le coude et d'appliquer sur la région une compression méthodique au moyen d'un appareil ouaté et silicaté. J'agissais ainsi principalement sur le reliquat de l'inflammation articulaire, mais cependant les bénéfices du côté du muscle étaient constants; la contracture diminuait rapidement.

Quand on cherche à étendre le coude après cette immobilisation qui a duré une semaine environ, on éprouve une certaine difficulté, la traction provoque quelques tiraillements douloureux. Mais on est étonné de voir avec quelle rapidité les mouvements d'extension se reproduisent, sans que la contracture reparaisse.

Lorsque la contracture est plus ancienne, les douleurs moins vives et l'inflammation disparue, il est utile d'employer la compression avec de l'ouate et une bande de flanelle, en ayant soin de garnir la main et l'avant-bras. La constriction doit porter principalement sur le coude et le bras.

C'est alors qu'intervient une pratique excellente : le massage sous forme de frictions au niveau du biceps, la peau du bras étant au préalable enduite de graisse. Ces frictions faites avec la pulpe du pouce et la face palmaire des doigts, doivent être douces, continues, toujours dans le sens de la circulation veineuse et par séances de dix minutes ou un quart d'heure environ. Chaque friction est suivie de l'application d'une bande de flanelle compressive.

Souvent j'ajoute à ces manœuvres qui consistent à pétrir le muscle entre les doigts une pratique spéciale, l'emploi des douches sulfureuses locales, de douches chaudes. En un mot tous les moyens qui peuvent agir sur la contractilité musculaire, sans violences et sans tiraillements, ont donné de bons résultats.

Malgré tous ces soins, on voit souvent persister un faible degré de contracture et de flexion de l'avant-bras. Ce reliquat ne cède définitivement, qu'à la longue, par l'exercice ou le jeu régulier de l'articulation, à condition d'éviter la violence et les tiraillements.

Quand ces moyens ont échoué, ou quand on désire avoir un résultat plus rapide et surtout plus décisif, on a la ressource d'une méthode qui m'a donné deux fois d'excellents résultats dans les contractures des muscles: il consiste à se servir de la *Traction élastique*; celle-ci a pour but de lutter contre la contracture musculaire par une traction douce, lente et continue. Il faut alors employer des appareils spéciaux.

Ceux-ci sont de deux ordres. Tantôt ils sont fabriqués avec des pièces métalliques et des plaques de cuir comme les appareils orthopédiques ordinaires. Deux demi-gouttières embrassent, l'une le bras, l'autre l'avant-bras et sont réunies en arrière du coude par une articulation. Sur la face postérieure de chaque gouttière, est fixé un lien de caoutchouc, qui s'attache à l'extrémité opposée de chaque valve. Ce lien de caoutchouc soumis à une traction plus ou moins forte, tendra à réunir sur une même ligne les deux gouttières, c'est-à-dire les deux segments du membre.

Cette traction, qui doit être très douce au début, pour ne pas provoquer de tiraillements douloureux, produit un redressement rapide, souvent en moins de dix à douze jours. Mais il faut avoir soin de maintenir l'appareil au delà de ce temps, dans la crainte de voir reparaître la déformation.

Au lieu de ces appareils coûteux, je préfère, surtout à l'hôpital, fabriquer moi-même un appareil silicaté.

La partie inférieure du bras, le coude et la partie supérieure de l'avant-bras sont recouverts d'un bandage silicaté qui forme manchon. Quand il est sec, cet appareil est coupé circulairement au niveau du coude. Une bande de caoutchouc, fixée en arrière des deux parties de l'appareil sur des tiges de fer saillantes, produit l'effet indiqué plus haut, c'est-à-dire le redressement graduel de l'avant-bras et bientôt l'extension complète.

Enfin, dans deux cas où la contracture avait fait place à la rétraction réelle des muscles, facile à constater sous l'influence du sommeil anesthésique, j'ai pratiqué la section sous-cutanée du tendon du biceps, ce qui a permis le redressement complet et la guérison définitive.

EMBRYOLOGIE

ECOLE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. **DARESTE**.

Dualité normale et tératologique du cœur ;

Leçon recueillie par M. L. LAMOTTE, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Les premières phases du développement du cœur chez l'embryon des Mammifères ont été longtemps méconnues, et peut-être le seraient-elles encore, si l'étude de la tératogénie et de certaines anomalies du cœur en particulier, n'était venue montrer combien les notions classiques que nous possédions sur le développement de cet organe étaient impuissantes à en expliquer les anomalies.

Le développement du cœur est lié intimement à la formation du pharynx ou intestin primitif ; aussi je vais tout d'abord vous dire comment le pharynx prend naissance, puis où, et sous quelle forme, le cœur fait sa première apparition.

Vous vous rappelez que sur les embryons que nous avons étudiés jusqu'ici, le mésoderme se présentait sous la forme d'un cercle incomplet, terminé dans la région antérieure par une ligne droite, comme si un segment du cercle avait été retranché.

En avant de cette ligne droite, qui marque la limite du mésoderme, on voit une petite saillie : c'est l'éminence céphalique, continue en arrière avec l'ébauche du corps de l'embryon.

En grandissant, l'extrémité céphalique de l'embryon se porte en avant ; et, en même temps que la tête se développe en longueur, elle se soulève au-dessus du blastoderme, entraînant avec elle, dans ce double mouvement, l'ectoderme et l'entoderme. Il se forme au-dessous de la tête un cul-de-sac, une cavité en forme de doigt de gant. C'est le rudiment du pharynx ou intestin primitif. Sur cette coupe longitudinale et médiane de l'embryon (Voir *Fig.* 83), il vous sera facile de vous rendre compte de la disposition que je viens de signaler.

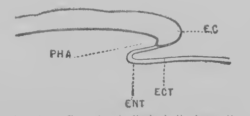


Fig. 83. — Coupe longitudinale de l'embryon (1).

Vous voyez l'extrémité céphalique saillante au-dessus du blastoderme et au-dessous d'elle (en PHA) le cul-de-sac formé par l'inflexion de ce blastoderme au-dessous de la tête. Je vous prie de remarquer de suite, sur cette coupe, deux faits très importants : 1° On voit que le mésoderme n'arrive pas jusqu'à l'extrémité antérieure de la tête, mais qu'il s'arrête au-dessous d'elle ; si bien qu'en avant de la tête le blastoderme n'est formé que par deux feuillets : l'ectoderme (ECT) et l'entoderme (ENT) : c'est là un point capital.

2° Un second fait non moins important est le suivant : au point où le blastoderme qui s'est infléchi sous la tête se replie sur lui-même, les deux feuillets qui le constituent sont très rapprochés l'un de l'autre (*Fig.* 83); mais cette disposition ne persistera pas, et plus tard, quand l'extrémité céphalique sera un peu plus développée, vous verrez ces deux feuillets s'écarter, l'entoderme, se portant en arrière plus vite que l'ectoderme ;

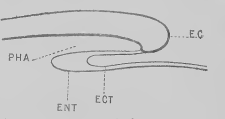


Fig. 84. — Coupe longitudinale de l'embryon montrant la chambre cardiaque.

et, comme conséquence de l'écartement de ces deux feuillets, il se formera une petite cavité qui, sur cette coupe (*Fig.* 84), a une forme irrégulièrement triangulaire. Cette cavité a reçu de Wolff le nom de fosse cardiaque, il serait peut-être préférable de lui donner le nom de « Chambre cardiaque », car c'est bien en effet une véritable chambre, dans laquelle nous allons voir le cœur pénétrer et se développer.

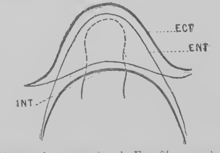


Fig. 85. — Même embryon que dans la *Fig.* 84, vu par la face dorsale.

Regardez maintenant le même embryon vu par sa face dorsale : vous voyez au-dessous de la tête un repli en forme de croissant. (*Il est vu par transparence.*) Ce croissant a la forme d'un chapeau de gendarme ; les allemands le désignent sous le nom de Chapeau de Napoléon Ier, sans doute, parce que ce chapeau les a beaucoup frappés ! Ce croissant, c'est le rudiment du pharynx. Le bord concave marque sa limite postérieure ; quand le pharynx sera un peu plus développé, vous verrez deux lignes courbes concaves, au lieu d'une ; l'une, dont la concavité regarde en arrière ; l'autre, dont la concavité se dirige en avant ; et, entre ces deux lignes un espace vide, c'est la chambre cardiaque ; et ces deux lignes marquent le point de réflexion des deux feuillets du blastoderme qui, maintenant, se sont écartés, l'antérieure correspond à l'ectoderme, la postérieure à l'entoderme. En résumé, c'est la vue par la face dorsale de l'embryon de la disposition que je vous montrais sur une coupe il y a un instant.

Voilà pour le pharynx ; vous savez maintenant où se trouve la chambre cardiaque et par quoi elle est formée ; nous allons voir maintenant quand et comment le cœur vient s'y loger.

Le cœur de l'embryon du poulet est connu depuis longtemps. Aristote l'avait vu battre ; il l'appelait le *point mobile* et croyait qu'il était le premier organe qui se formait chez l'embryon. Tous les embryogénistes qui ont étudié le cœur de l'embryon le décrivent comme un organe impair, situé sur la ligne médiane. — On croyait encore, il y a 30 ans, que le cœur apparaissait sous forme d'un tube terminé à sa partie postérieure

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. Reinwald la communication des clichés de cette leçon ; ces figures sont empruntées à la 2e édition de l'ouvrage de M. Dareste : *Tératologie expérimentale*, qui va bientôt paraître.

par deux canaux, les cuisses du cœur (*veine omphalo-mésentériques*) et en avant par les deux bulbes aortiques, et ce tube cardiaque, on le voyait battre sur du sang incolore. On ne soupçonnait pas, alors, que cette phase de développement du cœur était précédée par d'autres états que je puis dire avoir découverts, et voici comment.

Dans mes études de tératogénie, j'ai rencontré plusieurs fois des embryons monstrueux qui présentaient deux cœurs, et, croyez-le bien, il n'y avait pas là d'erreur possible, car je voyais ces deux cœurs battre sur du sang rouge. Je savais du reste qu'avant moi différents observateurs avaient eu l'occasion de constater l'existence de deux cœurs chez des poulets. On comptait cinq ou six observations dans la science, et G. St-Hilaire avait rapporté tous ces faits dans son ouvrage.

Comment pouvait-on expliquer dans ces cas la dualité du cœur ? Deux hypothèses se trouvaient en présence : Il fallait admettre que le cœur primitivement unique s'était divisé, ou bien qu'il était primitivement double, et que, normalement, les deux cœurs primitifs se soudaient en un seul. J'ai cru longtemps, et cela après la lecture d'un mémoire de Serres, que Pander avait établi la dualité primitive du cœur, de l'embryon. Mais il suffit de lire le mémoire de Pander, et surtout de chercher à interpréter les figures qui l'accompagnent, pour voir que ce physiologiste n'avait jamais vu la dualité primitive du cœur dont il cherchait à expliquer le mode de formation, par un mécanisme analogue à celui que l'on observe dans le développement de l'intestin, c'est-à-dire par la transformation d'une gouttière en un tube.

J'ai repris alors la question, et, en étudiant des embryons très jeunes, avant l'apparition de cet état, dit état primitif du cœur, j'ai constaté l'existence des deux cœurs primitifs. Quand je dis deux cœurs, le mot n'est pas absolument exact au point de vue anatomique, mais de deux blastèmes cardiaques, c'est-à-dire de deux masses mésodermiques complètement isolées l'une de l'autre. Ces blastèmes cardiaques viennent à l'état normal se souder sur la ligne médiane ; mais si, pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure, les deux blastèmes cardiaques ne peuvent pas se souder, ils se développent séparément comme deux cœurs isolés et la contractilité apparaît dans chacun d'eux. Vous voyez donc qu'à la rigueur nous pouvons bien désigner les blastèmes cardiaques sous le nom de Cœurs primitifs, puisque chacun d'eux peut isolément donner naissance à l'organe tout entier.

J'ai fait cette découverte en 1887, mais elle est restée méconnue de presque tous les embryogénistes, ou bien elle a été niée. Cependant, la dualité primitive du cœur a été constatée depuis par deux embryogénistes: Kölliker l'a observée chez le lapin et M. Henneguy chez les Poissons (*Salmonides*) ; aujourd'hui, presque tous les embryogénistes sont d'accord pour admettre que c'est bien là l'état primitif du cœur.

Les embryogénistes qui contestent l'existence des blastèmes cardiaques isolés, tels que je viens de vous les décrire, me font des objections qui tiennent à ce qu'ils n'ont pas vu les mêmes phases de développement que moi, c'est-à-dire les phases toutes primitives. Cela ne vous surprendra pas trop, quand vous saurez que ce stade du développement ne dure qu'un temps très court.

Les blastèmes cardiaques mettent deux heures pour arriver en contact, se souder et se fusionner en un cœur unique médian. Sur ce cœur unique médian, on retrouve encore, au début, des traces de sa dualité primitive : un sillon médian qui marque la ligne suivant laquelle s'est faite la soudure, puis une encoche à la partie antérieure. Cette encoche tient à ce que les deux blastèmes cardiaques s'unissent en commençant par la partie postérieure, et que cette union n'est pas encore complètement achevée en avant.

Je reviens maintenant à la chambre cardiaque, dont je vous ai montré le mode de formation par l'écartement des deux feuillets qui la limitent : l'ectoderme et l'entoderme. Je vous ai fait remarquer que le mésoderme manquait dans la région antérieure de l'embryon où il était limité par une ligne droite. Le mésoderme maintenant va se développer en avant, et bientôt il figurera un cercle complet, étendu au-dessous de l'embryon entre les deux feuillets du blastoderme.

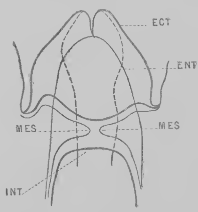


Fig. 86. — Extrémité antérieure de l'embryon vu par la face dorsale. Le mésoderme pénètre dans la chambre cardiaque.

Mais ce n'est pas tout. Vous verrez (*Fig.* 86), pendant que le mésoderme grandit en avant, deux languettes triangulaires venues des lames latérales de ce feuillet pénétrer dans la fosse cardiaque, et, en colorant l'embryon avec la teinture d'iode, comme nous le faisons ici, vous distinguerez très nettement, à l'extrémité de chacune des languettes, une petite masse fortement colorée. Ces petites masses sont les blastèmes cardiaques. Vous pourrez les suivre sur une série d'embryons, et les voir venir s'unir et se fusionner sur la ligne médiane.

Vous venez de voir quand et comment les deux blastèmes cardiaques pénètrent dans la chambre ; supposez maintenant que cette chambre n'existe pas, que les deux feuillets du blastoderme ne se séparent pas pour lui donner naissance ; les deux cœurs primitifs ne pouvant arriver en contact vont rester séparés. Ils se développeront séparément aussi chacun de leur côté, et vous aurez alors un embryon à deux cœurs.

J'ai observé chez le poulet une malformation très singulière qui ne se rencontre que chez les Oiseaux et que pendant longtemps je ne pouvais interpréter. Dans ces monstres, la tête très fortement infléchie en avant semble sortir par l'ombilic ; aussi je désignais cette anomalie sous le nom de hernie ombilicale de la tête. Dans ce cas, le cœur ou les cœurs se trouvent placés sur le dos de l'embryon, absolument comme la hotte sur le dos du chiffonnier.

Comment le cœur peut-il se trouver ainsi déplacé ?

J'ai vu que dans ces cas, les cœurs se développent au point de jonction de la tete avec les lames latérales, et qu'ils ne pénètrent pas dans la chambre cardiaque. Les lames latérales passent au-dessus de la tete au lieu de venir se joindre au-dessous d'elle, et cela parce que la tête, qui s'est fortement infléchie, s'est engagée entre

ces lames et les a séparées. Que sont donc les blastèmes cardiaques dont je viens de vous parler?

J'ai la conviction qu'ils sont au début des amas pleins de cellules qui, plus tard, se creusent une cavité dans leur intérieur. Cette manière de voir est en rapport avec ce que nous observons dans la formation des vaisseaux. Les îles de sang sont pleines, au début de leur développement; ce n'est que plus tard qu'elles se creusent une cavité qui renferme des hématies.

Les cœurs primitifs ne sont, je crois, que des îles de sang plus volumineuses que les autres.

Il me reste à vous faire connaître un point de cette question du développement du cœur, que je ne trouve pas encore suffisamment élucidé. C'est le suivant :

Je n'ai jamais vu à l'état normal les blastèmes cardiaques sur les parties latérales du pharynx, avant leur pénétration dans la chambre cardiaque, mais au moment où on peut les distinguer, ils ont toujours pénétré dans cette chambre où ils se trouvent plus ou moins éloignés l'un de l'autre. Ces faits n'infirment pas cependant ce que je viens de vous dire, car il est facile de comprendre que ces blastèmes, qui ne sont pas encore développés en dehors de la chambre, existent virtuellement dans le mésoderme. C'est un fait que l'on retrouve à chaque instant en embryogénie.

Vous voyez, Messieurs, combien cette découverte de la dualité primitive du cœur nous rend bien compte de ses anomalies. Vous voyez aussi, dans un autre ordre d'idées un fait bien intéressant, au point de vue de l'anatomie physiologique, c'est que le cœur, organe impair et asymétrique, se développe par deux rudiments symétriques par rapport à l'axe du corps. Je vous montrerai qu'il en est de même de tous les viscères, ou tout au moins qu'ils sont, au début, tous symétriquement placés par rapport à cet axe.

Je ne puis pas vous parler actuellement des Monstres doubles, mais vous ne serez pas surpris maintenant, quand je vous dirai qu'il y a toute une classe de monstres doubles, chez lesquels on rencontre deux cœurs (*Janiceps*, *Iniopes*, *Synotes*), mais que ces deux cœurs appartiennent par moitié à chacun des embryons. C'était un fait absolument incompréhensible alors que nous ne connaissions pas la dualité primitive du cœur. Vous verrez, plus tard, quand nous étudierons les lois qui régissent la formation des monstres doubles, combien il sera facile d'interpréter ce partage des deux cœurs entre les deux embryons.

SORCELLERIE. — Un crime singulier a été commis à Toulon-sur-Arroux (Saône-et-Loire) avant-hier. Un individu se prétendant ensorcelé fit venir chez lui un nommé Paillard, domestique, qu'il croyait sorcier et l'engagea à passer la nuit dans sa maison ; puis, pensant conjurer le sort en tuant le sorcier, il profita du sommeil de son hôte pour le frapper à l'aide d'un outil. La victime expira dès son arrivée à l'hôpital (*Radical*, 3 juin 1890).

CONSEIL ACADÉMIQUE DE CLERMONT. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 21 mai 1890, pour l'élection au Conseil académique de Clermont d'un délégué à la Faculté des sciences, en remplacement de M. Parmentier, démissionnaire, M. POIRIER, professeur de zoologie et botanique à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré membre élu du Conseil académique de Clermont.

SOCIÉTÉ BOTANIQUE DE FRANCE. — La prochaine session extraordinaire de la Société botanique de France aura lieu à La Rochelle. La séance d'ouverture, qui sera présidée par M. G. Rouy, ancien vice-président de la Société et délégué du Conseil, se tiendra dans la salle de la Bourse, le 14 juin, à neuf heures du matin.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Giraud, médecin de 1re classe de la marine, est nommé médecin principal.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Organisation de la pharmacie dans les bureaux de bienfaisance. Réforme de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Dans le n° 1 de 1884, le *Progrès médical* a publié un article très intéressant sur l'organisation, qui venait d'être commencée, des *dispensaires de Rouen.* Malgré les énormes sacrifices de cette ville, était-il dit dans cet article, l'assistance médicale restait plus qu'insuffisante, les hôpitaux et hospices étaient encombrés et un nombre considérable de malades étaient privés de tout secours. L'administration résolut alors de fonder, en dehors des établissements hospitaliers plusieurs *dispensaires* placés sous la direction du Bureau de bienfaisance et dans lesquels les malades que la nature de leur affection ou l'excessive misère n'obligeraient pas à entrer à l'hôpital, pourraient trouver tous les soins désirables. On espérait de cette façon assurer des secours à tous ceux qui en avaient besoin, et diminuer la clientèle hospitalière du grand nombre de nécessiteux qui ne recherchaient l'entrée de l'hôpital que parce qu'ils ne trouvaient pas ailleurs les soins gratuits qui leur étaient indispensables. De là l'idée de diviser la ville de Rouen en cinq circonscriptions et de les pourvoir chacune d'un dispensaire.

A l'époque (1884) où notre ami Blondeau publiait son article, un seul dispensaire était en fonctionnement, celui de Martainville, et il en louait vivement les installations. Les autres dispensaires ont été successivement installés. La Commission administrative des hospices et celle des bureaux de bienfaisance, qui ont agi de concert, ont décidé que « les malades ne seraient admis à l'hôpital que par l'intermédiaire du Bureau de bienfaisance et qu'après qu'il aurait été reconnu que cette institution n'était pas en mesure de leur donner des soins, soit aux dispensaires, soit à domicile. » Les malades étrangers à la ville furent seuls exclus de cette mesure, le Bureau de bienfaisance n'étant pas tenu de s'en occuper, tout en continuant à bénéficier de la loi des 6-7 août 1850. Dans cette organisation les malades indigents qui peuvent se déplacer sans accident se rendent aux dispensaires; ceux qui ne peuvent sortir de la chambre ou sont obligés de garder le lit sont visités à domicile ; enfin ceux qui par la nature de leur affection ou par les mauvaises conditions de leur logement ne peuvent être convenablement traités chez eux sont soignés à l'hôpital.

Eh bien cette organisation qui nous paraît excellente, que nous avons préconisée très souvent pour la ville de Paris, se trouve aujourd'hui menacée et son extension si utile rendue impossible. Comment? M. le Dr H. Napias nous l'expose dans un très intéressant rapport qu'il a fait au *Comité consultatif d'hygiène de France* (Séance du 2 juin).

Dans chacun des dispensaires, il existe un *dépôt de médicaments*. Les remèdes officinaux sont livrés tout préparés par la *pharmacie centrale des hospices.* On ne fait aux dispensaires que la distribution de ces remèdes et la préparation des remèdes magistraux. Le public ne peut en aucune façon pénétrer dans ces dépôts

de médicaments. Les remèdes sont remis aux malades par un guichet. Ils sont délivrés *absolument gratuitement* et aux personnes dont *l'indigence est constatée.*

« La Commission administrative du bureau de bienfaisance estimant, dit notre ami M. Napias, que cette organisation échappait aux prescriptions de la loi du 21 germinal an XI, les dispensaires ne possédant pas une pharmacie ouverte et, d'autre part, les établissements de bienfaisance soumis au contrôle de l'Etat ne lui paraissant pas avoir été visés par la législature. C'est au moins ce qui lui semblait résulter des circulaires ministérielles du 28 ventôse an X et 7 floréal an XI.»

Nous allons voir que la Commission administrative se trompait dans cette interprétation de la loi, mais qu'elle se trompait en bonne compagnie, comme le fait remarquer le rapporteur.

« En effet, un sieur Soudan, pharmacien à Rouen, agissant tant en son nom personnel que comme président du syndicat des pharmaciens de la ville, ayant fait citer devant le tribunal le maire, le vice-président de la Commission administrative, les deux pharmaciens des hospices, deux religieuses et trois élèves en pharmacie, comme ayant violé dans ses dispositions la loi du 21 germinal an XI, le tribunal de Rouen débouta Soudan de toutes ses conclusions et le condamna aux dépens. »

Voici les principaux considérants de ce jugement :

« Attendu que bien que les lois sur la pharmacie aient été établies dans le but d'assurer des garanties à la santé publique et non dans l'intérêt des pharmaciens, elles ont indirectement pour effet d'empêcher une concurrence nuisible aux pharmaciens légalement investis du droit d'exercer, et que l'action qui appartient aux pharmaciens contre quiconque exerce illégalement la pharmacie peut être exercée par leur syndicat professionnel; Qu'en conséquence, l'action de Soudan est recevable.

« Attendu que, aux termes du règlement du 8 décembre 1886, approuvé le 15 du même mois, par M. le Préfet de la Seine-Inférieure, le Bureau de Rouen distribue des secours médicaux aux personnes désignées au dit règlement et dans les conditions qui y sont prévues. Que dans chaque dispensaire ou circonscription on délivre, sous la surveillance des pharmaciens des hôpitaux, aux malades indigents, les médicaments prescrits par les médecins et que ces médicaments sont fournis par la pharmacie centrale des hôpitaux;

« Attendu qu'il est de principe, consacré notamment par un arrêt de la cour de cassation du 17 juin 1830, que les dispositions combinées de la déclaration du roi du 25 avril 1777 (art. I, 2, et 6), de la loi du 21 Germinal an XI (art. 21, 25, 26 et 31) qui subordonnent la régularité de l'exploitation d'une pharmacie à la réunion sur la tête d'une même personne de la propriété de la pharmacie et du diplôme de pharmacien ne s'appliquent qu'aux officines ouvertes, c'est-à-dire où le public aurait libre accès ;

« Que ce n'est également qu'aux officines ouvertes que s'applique le principe en vertu duquel le cumul d'officine est interdit aux pharmaciens comme incompatible avec les obligations qui leur sont imposées par la loi et qui ne peuvent être remplies que personnellement ou par eux-mêmes ;

« Attendu que l'article 8 de la déclaration de 1777 non abrogé par la loi du 21 germinal an XI édicte que les hospices ou hôpitaux peuvent avoir des pharmacies pour leurs usages particulier intérieur ; que depuis la réglementation par les articles 17 de la loi du 7 août 1851 et 7 de la loi du 21 mai 1873 de l'assistance à domicile des vieillards infirmes et malades, les pharmacies des hospices et hôpitaux n'ont incontestablement pas pour seul but d'assurer le service intérieur des hospices ou hôpitaux, mais encore de pourvoir à toutes les exigences de l'assistance à domicile que les commissions administratives des hospices ou hôpitaux sont autorisées à organiser de concert avec le bureau de bienfaisance ;

« Que dès lors, le pharmacien des hôpitaux qui, tel que Février, pharmacien de l'Hotel-Dieu, envoie de sa pharmacie des médicaments dans chaque dispensaire du bureau de bienfaisance de Rouen et surveille les dépôts de médicaments ainsi que leur emploi, ne saurait être assimilé aux pharmaciens possédant plusieurs pharmacies ouvertes au public ;

« Attendu qu'une jurisprudence constante de la cour suprême, s'assimilant une interprétation toujours donnée depuis près d'un siècle par le gouvernement et l'administration des lois qui régissent la pharmacie, s'est refusée à considérer comme délit de fait de la part des personnes qui par leur profession se vouent au soulagement des malades indigents de préparer et remettre aux malades des remèdes dits magistraux, c'est-à-dire une préparation assez simple pour ne pas exiger des connaissances pharmaceutiques bien étendues, à la différence des remèdes officinaux dont la préparation subordonnée à l'emploi des manipulations compliquées doit être exécutée par des pharmaciens ;

« Attendu que l'enquête à laquelle il a été procédé à l'audience de ce tribunal n'a eu pour résultat que d'établir, dans différents dispensaires du bureau de bienfaisance de Rouen, la remise gratuite sur ordonnance du médecin, soit de médicaments ayant pour la plupart un caractère évidemment magistral et, en tous cas, préparés à l'avance, sans qu'il ait été démontré que ce fût par les personnes préposées au service du dispensaire, soit des potions préparées au dispensaire sur la présentation de l'ordonnance du médecin, mais, dans cette dernière hypothèse, sans que les médecins aient pu faire connaître la nature de ces potions ni par suite la catégorie des médicaments dans laquelle elles sont susceptibles d'être rangées ;

« Attendu que, dans ces circonstances, aucun des prévenus, soit comme auteur principal, soit comme complice par aide et assistance, n'a contrevenu aux lois qui régissent la pharmacie ;

« Par ces motifs, le Tribunal.... renvoie tous les prévenus des fins de la prévention, etc. »

La Cour de Rouen ayant confirmé ce jugement, le syndicat des pharmaciens rouennais s'est pourvu en cassation et a obtenu l'arrêt ci-après :

« Vu le moyen tiré de la violation des articles 25 de la loi du 21 germinal an X et 6 de la déclaration du 25 avril 1777, et de la violation pour fausse application des articles 16 de la loi du 7 août 1851 et 7 de la loi du 21 mai 1873. Sur la première branche de ce moyen : Attendu que l'arrêt autrefois énoncé que la dame Augustine et les autres sœurs de charité comprises dans la poursuite ont seulement préparé des remèdes simples, dits magistraux;

« Qu'en agissant ainsi les prévenues sus-visées se sont conformées aux instructions constantes de l'autorité supérieure et n'ont pas violé la disposition de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI qui interdit seulement la préparation des médicaments officinaux aux personnes vouées au service des malades indigents et non munies d'un diplôme de pharmacien. Rejette le pourvoi de ce chef.

« Mais sur la deuxième branche du moyen : Vu les dits articles 25 de la loi du 21 germinal an XI, 6 de la déclaration du 25 avril 1777, 17 de la loi du 7 août 1851 et 7 de la loi du 21 mai 1873;

« Attendu, en fait, qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué qu'en vertu de deux règlements municipaux en date du 8 décembre 1886, dûment approuvés, cinq dispensaires ont été établis dans divers quartiers de la ville de Rouen ; que chacun d'eux a été pourvu d'une pharmacie et que le personnel attaché à leur service, qui ne comprend aucun agent possédant le diplôme de pharmacien, distribue gratuitement aux malades indigents assistés à leur domicile sous la surveillance du pharmacien des hospices et hôpitaux de Rouen, les médicaments préparés par ce dernier à la pharmacie de chaque dispensaire.

« Attendu, en droit, que l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI porte que nul ne peut débiter aucun médicament s'il n'est régulièrement muni d'un diplôme de pharmacien ; que cette disposition générale et absolue ne permet pas au personnel des hospices et hôpitaux, de leurs annexes et de tous autres établissements de bienfaisance, de débiter aux malades indigents assistés à leur domicile gratuitement les médicaments préparés ailleurs et qui y sont déposés;

« Que les articles 27 de la loi du 7 août 1851 et 7 de la loi du 21 mai 1873, n'ont apporté aucune modification audit article 25 ;

« Attendu que la surveillance exercée par les pharmaciens des hôpitaux de Rouen sur la distribution aux malades indigents des médicaments déposés dans chacun des cinq dispensaires établis en des quartiers différents d'une grande ville est intermittente et lointaine : qu'elle ne saurait équivaloir au délit desdits remèdes par un pharmacien, lequel est exigé, dans l'intérêt de la santé publique par la disposition de la loi précitée.

« D'où il suit qu'en relaxant les prévenus dans ces circonstances, l'arrêt attaqué a formellement violé les articles 25 de la loi du 21 germinal an XI et 6 de la déclaration du 25 avril 1777 et faussement appliqué les articles 17 de la loi du 17 août 1851 et 7 de la loi du 21 mai 1873.

Pour les motifs que nous venons d'énumérer, la Cour de cassation a cassé et annulé l'arrêt de la Cour de Rouen, en date du 9 février 1889 et a renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel de Caen. Celle-ci a dû condamner les prévenus, tout en faisant remarquer,

dans les considérants de son jugement, en termes qui méritent d'être consignés, l'utilité et l'importance des services rendus par les dispensaires de Rouen :

« Attendu que la ville de Rouen a établi, en vertu des règlements du 8 décembre 1886, revêtus de l'approbation préfectorale, cinq dispensaires où les pauvres trouvent des secours médicaux; que, voulant placer les remèdes le plus près possible des malades, elle a installé, dans chaque dispensaire, un dépôt de médicaments fournis par la pharmacie centrale des hôpitaux, installée à l'Hôtel-Dieu ; qu'il n'est fait dans le dispensaire que des préparations prescrites par le médecin; que c'est le directeur du dispensaire qui les fait distribuer aux malades pauvres, toujours gratuitement, par une religieuse ou un élève en pharmacie, et que les dépôts sont surveillés par le pharmacien de l'Hôtel-Dieu et celui de l'hospice général ;

« Attendu que l'organisation de ces établissements, ayant pour résultat de délivrer aux pauvres, gratuitement, des médicaments qu'ils ne trouveraient pas ailleurs aux mêmes conditions, offre à la population ouvrière des ressources précieuses et constitue pour elle un véritable bienfait.... »

Il résulte de cette citation même la preuve que la législation est défectueuse et qu'elle doit être révisée, les intérêts légitimes des pauvres étant en jeu. Quant aux conséquences du jugement, en ce qui concerne la ville de Rouen, M. Napias les fait ressortir ainsi qu'il suit :

« Le bureau de bienfaisance de Rouen, dit-il, va se trouver dans cette alternative : 1° ou bien envoyer les malades qui se présentent aux dispensaires chercher leurs remèdes à l'hôpital qui est éloigné de beaucoup de quartiers et, en particulier, des quartiers de la rive gauche de la Seine, solution qui oblige lesdits malades ou les personnes de leur famille qui les accompagnent nécessairement quand ces malades sont des enfants, à perdre une partie de leur journée, c'est-à-dire une partie de leur salaire, et à *payer* de cette sorte l'assistance qu'on entend leur donner *gratuitement* ; — ou bien à payer les pharmaciens diplômés qui seront attachés à chacun des dispensaires, ce qui entraînerait une dépense de 12,500 fr. au minimum, somme relativement considérable puisqu'elle majorerait de plus d'un tiers la dépense faite pour les médicaments gratuitement distribués. Cette dépense qui a été en 1889 de 31,000 fr., serait à l'avenir de 31,000 fr. + 12,500 fr., soit 43,500 ; — 3° ou bien enfin d'envoyer les malades des dispensaires faire exécuter leurs ordonnances dans les officines moyennant un tarif déterminé à l'avance et accepté par le syndicat des pharmaciens de Rouen.»

Toutes ces solutions sont onéreuses pour le budget des pauvres et, partant, pour les contribuables ; la première l'est, en outre, pour les malheureux. La véritable assistance, celle qu'il est du devoir d'organiser pour les municipalités vraiment républicaines, c'est celle qui donne le plus possible aux indigents, le plus rapidement et avec le moins de perte de temps possibles. Tel n'est point, paraît-il, l'idéal du syndicat des pharmaciens de Rouen.

M. Napias, cherchant ce qu'il convient de faire, rappelle que, autrefois, à Paris, les médicaments étaient distribués dans les Maisons de secours ; que cette distribution ne s'y fait plus aujourd'hui qu'exceptionnellement ; que la plupart des médicaments sont préparés chez des pharmaciens de la ville, qui ont consenti une réduction de 40 pour 100 sur les prix, déjà faibles, qu'ils font aux Sociétés de secours mutuels. Il ajoute que, malgré cette réduction, le prix moyen d'une ordonnance est encore de 1 fr. 30 environ. Puis, il donne des renseignements sur un essai tenté dans le XI[e] arrondissement :

« Dans cet arrondissement, dit-il, on a essayé de faire *faire* les préparations et la distribution des médicaments au local même des Maisons de secours, par des pharmaciens diplômés à qui on donne 4,000 fr. d'appointements par an, et il semble que cette organisation doit donner les meilleurs résultats puisque l'ordonnance, dans ces conditions, ne revient guère, en comprenant le traitement du personnel, qu'à 75 centimes, soit une économie de 50 0/0 et que, d'autre part, si on compare le régime ancien de la distribution par des Religieuses, on trouve que, dans ce même arrondissement, la dépense, qui était autrefois de 95,000 fr. par an, y compris le traitement des Sœurs, est aujourd'hui de 41,000 fr., en comprenant le traitement des pharmaciens et celui des garçons de Laboratoire, soit une économie de 54 pour 100. »

L'ancien système, avec des modifications sur lesquelles nous avons naguère appelé l'attention, nous semblait préférable. En effet, les maisons de secours étaient alimentées de bons médicaments par la Pharmacie centrale des hôpitaux, et cela à peu de frais. D'autre part, les malades pouvaient être servis plus rapidement que dans les pharmacies de la ville. Quoiqu'il en soit, en supposant que le système appliqué dans le XI[e] arrondissement de Paris, soit préférable pour cette ville, il ne peut être imité que dans les grands centres. Dans les petites villes et les villes de moyenne importance, la distance entre le domicile des malheureux et l'hôpital étant peu considérable, la distribution des médicaments pourrait être effectuée à l'hôpital même. Encore faudrait-il, pour obéir à la loi, que la pharmacie fut confiée à un pharmacien (1).

« Mais, dans les campagnes, écrit M. Napias, si une loi nouvelle oblige les communes ou les syndicats de commune à avoir un Dispensaire, devra-t-on obliger en même temps les malades qui y viendront chercher des soins à aller se munir des médicaments nécessaires dans une pharmacie tenant officine. Ce n'est pas seulement une perte de temps qu'on exigera ainsi des pauvres, c'est une aggravation de charges qu'on imposera aux communes, aggravation considérable, comme le montrent les chiffres que nous avons cités plus haut. Il en résulterait même que ce seraient précisément les plus pauvres communes qui paieraient le plus cher les médicaments donnés aux indigents. Et d'ailleurs, cette mesure irait contre l'organisation si désirable des dispensaires et des infirmeries communales et inter-communales que le Conseil supérieur de l'Assistance publique voudrait voir instituer et qui rendrait à l'assistance de si réels services. Le principe, la raison d'être des dispensaires, c'est précisément qu'on n'y donne pas des consultations banales, mais qu'on applique ou qu'on distribue en même temps tel remède qu'il convient, que ce remède est généralement appliqué ou pris sous les yeux mêmes du médecin.

« Il n'est donc pas douteux qu'en présence de la jurisprudence actuelle de la Cour de cassation, une modification s'impose dans la législation, et qu'il y a lieu de décider par un texte précis, que dans certaines circonstances déterminées, les médicaments pourront être distribués par des personnes à ce autorisées, sous la surveillance et la responsabilité d'un pharmacien. »

C'est afin d'obtenir la modification de la loi sur l'exercice de la pharmacie que M. Constans, ministre de l'intérieur, sur la proposition de M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, a demandé au Comité consultatif d'hygiène de formuler un texte qui put être soumis aux délibérations du Parlement. Ce texte, qui forme la conclusion du rapport de M. Napias, est ainsi conçu :

(1) Afin d'atténuer les dépenses, ce serait le cas, à l'occasion, de confier la pharmacie à des femmes diplomées.

Article unique. — Les médicaments préparés par les pharmaciens des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance peuvent être distribués gratuitement dans les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, dispensaires, maisons de secours, sous la surveillance et la responsabilité de ces pharmaciens, aux malades reconnus privés de ressources. La nomination des personnes chargées de ces distributions a lieu sur la présentation du pharmacien ; elle est soumise à l'agrément du Préfet.

Cette rédaction a été adoptée à l'unanimité par le Comité consultatif d'hygiène, qui, de plus, a signalé à M. le Ministre de l'intérieur la nécessité de soumettre le projet de loi d'urgence au Parlement, sans attendre la discussion des projets de loi déposés antérieurement par M. César Duval et M. Lockroy. En effet, des procès nouveaux peuvent surgir chaque jour et compromettre les services de la médecine à domicile dans la plupart des grandes villes. Il y a là, comme l'a fait remarquer avec juste raison M. Napias, une véritable question d'intérêt général et d'utilité publique qui justifie la demande du Comité en faveur d'une prompte décision législative.

Le projet adopté par le Comité ne lèse en aucune façon les intérêts des pharmaciens, puisqu'il s'agit d'une *distribution gratuite* de médicaments à des personnes dont les besoins réels ou l'indigence ont été sérieusement constatés. En raison des précautions prises à l'exemple de ce qui se fait à Rouen, la santé publique ne court aucun danger.

Les pharmaciens ou les syndicats de pharmaciens ont mieux à faire, selon nous, que de suivre l'exemple du syndicat des pharmaciens de Rouen. La distribution des médicaments par les administrations hospitalières ou les bureaux de bienfaisance ne cause pas de tort sérieux aux pharmaciens, mais elle diminue les dépenses communales du fait de l'Assistance publique et quelque respectables que soient les intérêts des pharmaciens, ceux des contribuables et des malheureux le sont encore davantage. Ce que les pharmaciens ont le droit et le devoir de réclamer, c'est l'interdiction de la vente des médicaments par les religieuses, au profit de leur communauté ; c'est aussi la substitution d'un pharmacien ou d'une pharmacienne diplômés aux religieuses qui tiennent la pharmacie dans les établissements hospitaliers. Il y a quelques années, à Paris même, la pharmacie dans plusieurs hôpitaux ou hospices, entre autres l'hôpital Cochin, l'hospice d'Ivry, etc., était tenue par des sœurs. Avec l'appui du Conseil municipal, nous avons obtenu le remplacement des sœurs pharmaciennes, n'offrant aucune garantie et violant la loi, par des pharmaciens nommés au concours. Ce que les syndicats doivent enfin réclamer, c'est l'interdiction absolue de la vente des médicaments aux malades riches ou aisés du dehors par les pharmacies des hôpitaux. Cette pratique illégale, tolérée à tort par le Gouvernement, est considérée comme une ressource pour les établissements. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, cette ressource est en général peu considérable, parce que, dans maints hospices, une part plus ou moins importante va alimenter une autre caisse. C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu de M..., la supérieure donnait plus ou moins, selon qu'elle avait été plus ou moins contente, durant l'année, des agissements de la Commission administrative. Que les syndicats placent leurs revendications sur ce terrain, il est certain qu'ils auront gain de cause (1). BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. Ch. RICHET revient sur ses expériences relatives à la *transfusion du sang* de chien aux lapins. 10 0/0 des lapins transfusés sont morts de tuberculose ; et 30 0/0 des lapins témoins. Le poids des animaux fournit des indications encore plus nettes ; il existe une différence considérable ; la transfusion du sang de chien au lapin agit donc d'une façon très manifeste sur l'évolution de la tuberculose. Il ne faut pas employer plus de 40 grammes de sang par kilogr. de lapin, car le sang de chien est toxique pour le lapin au-dessus de cette dose. M. Marie a essayé dans son service les confitures de sang de chien, mêlé cru à de la gélatine aromatisée et sucrée. Sur deux malades, on a pu constater un enrayement de la tuberculose.

M. CHARRIN. — M. Bouchard a constaté que le chien présente une très grande résistance pour le bacille pyocyanique ; et il est parti de ce fait pour essayer de vacciner les animaux inoculés par la transfusion de sang de chien ; il a ainsi obtenu, non pas une vaccination, mais une survie très marquée. D'autre part, l'eau pure employée de la même façon produit aussi parfois une survie marquée, comme je l'ai constaté dans des expériences faites avec M. le Pr Arnaud. Il ne faut donc pas tirer de conclusions prématurées des injections de sang.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle que les animaux saignés et transfusés avec du sang d'oiseau reviennent très vite à la vie ; il a pu ainsi ranimer un cheval à peu près mort avec le sang de deux poules. D'autre part, le sang défibriné serait préférable, car les caillots de fibrine peuvent former des embolies et tuer l'animal par actions mécaniques.

M. DAREMBERG pense qu'il s'agit là d'un phénomène de suralimentation, et que chez les lapins inoculés par injection intra-veineuse on n'obtiendra pas de survies aussi fortes que celles que signale M. Richet.

M. QUINQUAUD dépose une note de MM. MAIRET et BOSC sur l'*action physiologique de la chloralamide* sur les chiens. Cette substance ralentit d'abord la respiration, accélère le cœur et détermine du côté du système nerveux une agitation assez marquée qui aboutit à un sommeil léger. Les doses fortes sont de 1 gramme environ par kilogramme d'animal.

M. DÉJERINE. — L'on sait qu'il existe en clinique une *forme d'ataxie locomotrice isolée en 1863 par Freidreich* et caractérisée par l'absence de troubles de la sensibilité et d'atrophie musculaire. Je me propose de démontrer qu'il peut exister une forme de maladie de Freidreich dans laquelle les troubles de sensibilité et l'atrophie musculaire peuvent se retrouver avec autant d'intensité que dans l'ataxie ordinaire. C'est ce qui ressort de l'observation de deux malades, le frère et la sœur, que j'ai pu étudier dans mon service de Bicêtre, et qui doivent, du fait de ces troubles, avoir des altérations très étendues des nerfs périphériques. Il s'agit donc d'une forme particulière et non encore décrite de maladie de Freidreich.

M. CHARRIN. — *Sur le Bacille pyocyanique.* Si l'on fait une inoculation de bacille pyocyanique dans le tissu cellu-

(1) Un député de la Seine-Inférieure, l'honorable M. Ricard, ancien maire de Rouen, à la suite du jugement rendu par la Cour de Caen, a déposé un projet de loi dont nous n'avons pas le texte, visant le même but que le projet du Comité d'hygiène. Ce projet a été renvoyé à la Commission qui examine depuis des années le projet de loi de MM. C. Duval et Lockroy. Nous aurons prochainement l'occasion d'en parler.

laire d'un lapin vacciné, et que quarante minutes après on reprenne au point d'inoculation des bacilles pour en faire des cultures, on constate qu'ils se développent beaucoup moins bien que ceux qu'on prend, dans les mêmes conditions chez des animaux non vaccinés. Pourtant, la phagocytose n'est pas assez marquée après un si court délai pour expliquer cette modification des microbes. Il s'ensuit que la théorie phagocytaire n'explique pas tous les faits de vaccination et d'immunité.

M. CHAUVEAU dépose une note de M. LAULANIÉ sur les *troubles nerveux présentés par les animaux en état d'asphyxie*. MM. Paul Bert et Brown-Séquard ont beaucoup étudié ces convulsions de l'asphyxie. M. Laulanié a repris ces expériences et les interprète en disant que l'acide carbonique n'est pas l'agent convulsivant dans ces circonstances.

M. NETTER a étudié avec M. MARIAGE, interne des hôpitaux, deux observations d'*ostéomyélite sans Staphylocoque*. La première concerne un homme atteint de pneumothorax à la suite d'une fracture de côte. A l'autopsie, on trouva du pus sur les deux fragments de la côte ; et, dans ce pus, du streptocoque pyogène. Dans les fausses membranes de la plèvre et dans quelques noyaux de broncho-pneumonie, on trouva le même microbe accompagné de staphylocoque doré. Le second cas concerne un sujet atteint de fracture de l'os iliaque et porteur d'une pneumonie. La suppuration survint dans le foyer de fracture, sans qu'il y ait eu de plaie cutanée. Le pus contenait des pneumocoques. Il s'agit donc dans ces deux cas de microbes pyogènes différents de ceux auxquels on attribue en général l'ostéomyélite. L'auteur se rallie donc aux conclusions de MM. Lannelongue et Achard sur la pluralité des microbes de l'ostéomyélite.

M. PERRIER lit une note de M. PISON sur la *formation du système nerveux* chez les Tuniciers. Ces animaux sont considérés maintenant comme les ancêtres des Vertébrés, depuis les travaux de Kowalesky ; aussi l'étude de leur système nerveux est importante. Elle montre une communication constante entre le tube digestif et le système nerveux au début du développement.

M. THÉLOHAN.— Sur *deux espèces nouvelles de Coccidies* rencontrées l'une dans le foie de l'Epinoche, et l'autre dans le testicule de la sardine. Leur habitat est intra-cellulaire ; on les y trouve d'abord nues, puis enkystées ; elles présentent un noyau que l'on voit se multiplier par karyokinèse ; ainsi se produisent de nouvelles cellules qui contiennent les corpuscules falsiformes caractéristiques des Sporozoaires.

M. ACHARD présente, en commun avec M. LANNELONGUE, une note sur l'*identité du Staphylocoque blanc et du Staphylocoque doré*. Cette identité est soutenue par MM. Rodet et Courmont, mais jamais MM. Achard et Lannelongue n'ont pu supprimer complètement le pouvoir chromogène du staphylocoque doré, et par conséquent le ramener au type du staphylocoque blanc. Ils pensent donc qu'il faut continuer à admettre la dualité de ces microbes; d'ailleurs les effets pathologiques montrent une différence de virulence.

M. CHAUVEAU pense qu'on peut faire une distinction comme variété, mais non comme espèce ; les lésions produites par les deux microbes sont semblables. Il est d'avis qu'on peut transformer le staphylocoque doré en staphylocoque blanc.

ELECTIONS. — M. LAVERAN est nommé membre de la Société par 31 voix ; M. Fabre-Domergue obtient 6 voix; M. Arthaud 2 ; M. Phisalix 2 ; M. Houssaye, 2.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *juin* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. THÉVARD (de Lauvigny) rapporte *un cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col utérin*. Il s'agit d'une femme présentant un rétrécissement considérable du détroit supérieur d'origine rachitique, et qui, sept heures après le commencement de l'accouchement, avait eu une forte douleur expulsive, suivie d'une légère hémorrhagie, et à la suite de laquelle toute douleur avait cessé. On ne constatait aucun battement cardiaque à l'auscultation du fœtus cinq heures plus tard. Le lendemain la version fut pratiquée. Le fœtus avait passé dans le péritoine par une large rupture utérine. On peut retirer le tronc, mais non la tête, malgré la détroncation et des applications réitérées du forceps. La laparotomie fut faite, et on constata que le col de l'utérus portait tout autour les lambeaux des insertions du vagin. Faute d'antiseptiques, on ne put pratiquer de lavage de péritoine. Une suture profonde et une superficielle furent seulement faites avec du fil trempé dans de l'eau-de-vie. La malade, quoique non chloroformée, ne fit entendre aucune plainte pendant une heure et demie que dura l'opération. Elle eut pendant quelques jours une légère fièvre, mais la malade guérit cependant parfaitement.

M. P. MICHAUX fait une communication sur le *traitement des fistules biliaires rebelles par la cholécystectomie*. M. Michaux rappelle qu'avant l'observation qu'il a rapportée au Congrès de Chirurgie de 1889, d'extirpation de la vésicule biliaire pour les fistules biliaires rebelles, cette opération n'avait été pratiquée qu'une seule fois par Langenbeck. Il rapporte une nouvelle observation du service de M. Labbé. Il s'agit d'un homme vigoureux, de 26 ans, souffrant d'accidents hépatiques depuis 1881: une tumeur biliaire se forma en 1884 ; elle fut opérée en 1887, mais il persista une fistule à la suite. La cholécystectomie fut pratiquée avec l'aide de MM. Peyrot et Schwartz. La portion intrapariétale de la fistule fut excisée, puis la vésicule extirpée. Elle était rétractée et contenait 3 calculs gros comme une olive. Le pédicule fut lié à la soie et rentré dans l'abdomen. Au bout d'un mois la guérison était complète. M. Michaux recommande l'incision sur le bord externe du muscle droit, l'excision séparée du trajet fistuleux, et la ligature du pédicule avec un fil de soie modérément serré. La mortalité dans la cholécystectomie, sur 37 observations connues, ne dépasse pas 5,6 0/0.

M. LABORDE continue l'exposé de ses recherches sur les *causes et le mécanisme des accidents dûs à la chloroformisation*. Le mécanisme peut être ramené à deux modes d'action du chloroforme : 1° action primitive, purement irritative et mécanique; 2° action consécutive à l'absorption toxique, essentiellement physiologique. Dans le premier cas il s'agit d'un réflexe d'arrêt portant sur la mécanique cardio-vasculaire. L'excitation part des extrémités périphériques du nasal et du laryngé supérieur. Le point d'arrivée central est le centre bulbaire, les noyaux d'origine cardiaque et respiratoire du pneumogastrique. Les conducteurs centrifuges du réflexe d'arrêt sont les fibres motrices ou cardiaques du pneumogastrique. Le phénomène se traduit par une syncope cardiaque ou respiratoire, ou par les deux à la fois. Au début, c'est la syncope cardiaque qui prédomine et l'arrêt du cœur est l'accident le plus redoutable, tandis que la syncope respiratoire comporte une intervention presque toujours efficace. Dans le second cas la mort provient de l'action toxique qui frappe le centre bulbaire. C'est la syncope respiratoire qui se produit la première et consécutivement la syncope cardiaque. M. Laborde l'a démontré il y a déjà dix ans. Enfin, quelquefois dès qu'on fait la première incision au malade jugé suffisamment chloroformé, on observe la mort ou une imminence de mort. Il s'agit ici encore d'un phénomène d'arrêt par excitation centripète et répercussion sur les centres moteurs cardiaque et respiratoire. Ce phénomène provient en somme de ce que l'action anesthésique n'a pas aboli complètement la possibilité du réflexe (1).

ELECTIONS *de deux correspondants nationaux* : *Pre-*

(1) Voir, sur ce sujet, un article publié par M. Marcel Baudouin. *Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues* (*Gazette des Hôpitaux*, 7 et 14 juin 1890).

mière élection: M. Lannelongue (de Bordeaux) est élu par 48 voix sur 65 votants. *Deuxième élection :* Au premier tour, sur 61 votants, M. Duplouy obtient 26 voix et M. Pamard 24. Il est procédé à un second tour. M. Pamard est élu par 28 voix contre 19 à M. Duplouy, sur 54 votants. Avaient obtenu en outre au premier tour : MM. Dezanneau, 7; Demons, 2; Querel, 1 ; et au 2e tour : M. Dezanneau, 6.

L'Académie, après avoir entendu le rapport de M. Le Fort sur les candidats au titre *d'associé national*, dresse ainsi la liste de présentation : En 1re *ligne* M. Hergott (de Nancy) ; 2e *ligne* M. Bourgnet (d'Aix, en Provence) ; 3e *ligne* et *ex æquo* MM. Azam (de Bordeaux), Bouchacourt (de Lyon), Notta (de Lisieux), Vedrènes (médecin militaire).

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 6 Juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

La *Correspondance* comprend une lettre du Directeur général de l'Assistance publique qui envoie à la Société le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Siredey.

M. Bucquoy. — La question de la *pleurésie purulente,* actuellement à notre ordre du jour, comporte deux aspects, l'un doctrinal, l'autre pratique, le seul dont je veux m'occuper ici. Il y a une grande différence depuis l'antisepsie dans les résultats de l'empyème ; la mortalité qui était auparavant de 80 0/0 est aujourd'hui réduite à 20 0/0. La guérison est plus fréquente, plus rapide et plus complète. Autrefois on n'entreprenait l'empyème qu'après une série de ponctions, et le malade conservait souvent une suppuration interminable, une fistule pleurale. On les considérait pourtant comme guéris, parce qu'ils n'étaient pas morts. Les chirurgiens avaient cherché de meilleurs résultats avec des opérations plus graves. Aujourd'hui l'antisepsie a simplifié le traitement de ces affections, et 1/4 à peine des malades succombe. Hache a rappelé l'attention des médecins français sur le traitement antiseptique de la pleurésie purulente. M. Debove, le premier, apporta à la Société un fait de guérison rapide à la suite de l'empyème, avec un seul lavage antiseptique. Il attribuait son succès à la mise en pratique des préceptes adoptés par Wagner, Kœnig et Kocher : 1° Opération et pansement antiseptiques ; 2° incision dès que l'empyème est diagnostiqué ; 3° un seul lavage et mise en place d'un drain qu'on retire progressivement. Dans les 17 cas rapportés par Hache, la cicatrisation s'était faite dans un intervalle moyen de 38 jours. Il faut donc recourir à une antisepsie rigoureuse ; mais je crois qu'on peut se dispenser du lavage ainsi que semble le prouver l'observation de quatre de mes malades. Le 1er a eu une pneumonie et une pleurésie purulente métapneumonique. Je fis d'abord une ponction, mais le pus se reproduisant, je fis la thoracotomie antiseptique sous le spray, sans lavage. Drain, pansement antiseptique. Soulagement immédiat. Le 10 avril, le malade était totalement guéri. Le 2e est un jeune collégien également atteint de pneumonie, puis de pleurésie purulente, que je me préparais à ponctionner quand l'imminence d'accidents asphyxiques nécessita la thoracotomie immédiate qui fut pratiquée par M. Brun, sans spray. On ne fit pas de lavage. Drain, pansement antiseptique le 10 mai. Le 27 mai, la plaie était complètement cicatrisée. Le 3e malade avait une pleurésie purulente chronique, je l'avais eu précédemment à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie dont il paraissait guéri à sa sortie. Mais, juste un an après, il revenait avec une pleurésie du même côté. La ponction donna issue à du pus, où M. Netter constata la présence de globules purulents altérés, mais ne trouva pas de microbes. Une deuxième ponction ayant donné un liquide purulent mélangé de sang, l'empyème fut pratiqué sans spray, sous le chloroforme. Au bout de 6 semaines, le drain était chassé de la plaie, et le malade opéré le 25 janvier sortait le 12 avril. Le 4e fut pris, pendant l'épidémie de grippe, d'un érythème scarlatiniforme interne et d'une pleurésie à marche très rapide. Ponction au 8e jour, 1.800 grammes de pus. L'épanchement s'étant reproduit, la dyspnée persistant, on fit l'opération antiseptique de l'empyème. Pas de lavage, drain, pansement antiseptique. Le pus contenait des streptocoques et des staphylocoques, suites moins favorables, plaie couverte de fausses membranes, otite suppurée, accidents généraux d'infection, muguet. A partir du 25 février, les accidents cédèrent à la suite d'une débâcle de pus, et le malade put reprendre son service le 1er mai. Tous ces malades ont guéri sans lavage, en un mois environ, grâce aux pansements et aux précautions antiseptiques. L'action microbicide du lavage ne me paraît pas prouvée ; je crois qu'il a une action mécanique, mais il a l'inconvénient de refouler le poumon, de rompre les adhérences, de produire l'intoxication ou de provoquer des accès épileptiformes, des syncopes. Le lavage me semble inutile, il peut être dangereux (1).

M. Netter, tout en se ralliant aux conclusions de M. Bucquoy, croit qu'il est bon de faire des réserves. Le lavage, quand il est fait avec un antiseptique énergique, a une action microbicide certaine, si on s'en rapporte aux résultats des inoculations. Les deux premières observations de M. Bucquoy sont des pleurésies mélapneumoniques auxquelles le traitement institué convenait parfaitement. La troisième se rapporte à un de ces épanchements chyleux signalés par Guéneau de Mussy, qui guérissent quelquefois spontanément. Dans la quatrième, les streptocoques ont fait preuve d'une action virulente énergique, dont on eût peut-être évité les effets par le lavage. Je crois qu'un lavage immédiat et unique ne retarde pas la guérison.

M. Laveran croit les injections multiples mauvaises. Mais une seule injection est bonne puisque la surface de la plèvre est purulente, il importe de détruire les microbes. Il faut donc un liquide fortement antiseptique.

M. Comby. — D'après les observations de M. Bucquoy, la pleurésie purulente métapneumonique n'est pas toujours aussi bénigne qu'on l'a dit. Les lavages multiples peuvent être utiles lorsque le malade a des accidents fébriles ; j'ai aussi guéri des malades, les uns avec 7 à 8 lavages, les autres avec 18 à 20 lavages.

M. Netter. — Je n'ai pas dit qu'il faut toujours ponctionner la pleurésie à pneumocoque ; j'ai dit seulement qu'elle *peut* guérir par ce moyen. Mais il y a des cas où il est insuffisant et où il convient alors de faire la thoracotomie.

M. Juhel-Renoy. — Les lavages ont certainement par eux-mêmes une action antiseptique. J'ai des observations de pleurésie purulente où systématiquement l'empyème n'a pas été fait et où la ponction a suffi à amener la guérison en 8 à 11 jours. J'ai guéri aussi une pleurésie à streptocoques. Je crois qu'on doit recourir d'abord à la ponction suivie d'injection intra-pleurale ; si elle ne réussit pas, on recourt alors à la pleurotomie.

M. Bucquoy. — Un seul lavage ne peut détruire tous les microbes, et je crois que les lavages multiples sont mauvais. J'ai pu obtenir de bons résultats sans lavages, je demande donc qu'on ne fasse pas systématiquement le lavage, qu'on attende les indications : fièvre, rétention de pus, persistance de la fistule.

M. Desnos. — La fièvre n'est pas toujours une indication. Un malade de mon service, à qui on a fait la thoracotomie, soumis à des lavages journaliers, avait chaque fois de la fièvre. Depuis que les lavages sont supprimés, la fièvre a disparu.

M. Chantemesse. — Que risque-t-on à laver proprement ? Rien. A ne pas laver, on risque de perdre une occasion unique, qui permet d'abréger la durée de la maladie. La stérilisation complète de la plèvre n'est pas produite, mais le lavage supprime en grande partie les foyers où se renouvellent les germes, qui sont alors plus facilement dévorés par les cellules.

M. Cadet de Gassicourt. — Il ne faut pas tout à fait repousser les lavages ultérieurs en cas de fièvre. Si le pus se vide mal il peut être utile de l'enlever.

M. Bucquoy. — Il suffit de laver le drain pour empêcher la rétention purulente. Qu'on me montre des malades plus rapidement guéris que les miens par les lavages, je n'hésiterai pas moi-même à le pratiquer.

(1) Il y a longtemps que les chirurgiens vraiment antiseptiques ont dit et démontré par des faits que les lavages pleuraux sont inutiles, dans presque tous les cas, après l'empyème. Il en est de même très probablement pour la péritonite. Nous répétons encore une fois qu'une pleurésie purulente est un simple abcès et doit être traitée comme tel dans tous les cas. (M. B.).

M. Netter. — Les accidents signalés par M. Bucquoy (hémorrhagies, syncopes, accès épileptiformes) ne surviennent qu'après injection sous pression dans la plèvre. Il faut éviter la pression. La cicatrisation se fait plus facilement, car le lavage entraîne les fausses membranes incapables de s'organiser. Pour les lavages ultérieurs, il ne peut y avoir de règle fixe. Quelquefois ils rendent des services quand on les pratique avec précaution, pour ne pas détruire les adhérences déjà établies (1). L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *juin* 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Roux (de Brignolles) fils adresse une observation de *Gastrostomie* pour rétrécissement cicatriciel du pylore.

Homme de 43 ans, ayant ingéré jadis 150 gr. de potasse caustique et présentant un rétrécissement cicatriciel du pylore bas placé. Syphilis ancienne, datant de 14 ans (ganglions inguinaux, tibias altérés) ; fistule trachéale, suite d'une trachéotomie faite 2 ans auparavant. Rétrécissement infranchissable. Epuisement. Gastrostomie le 26 septembre 1889. Incision parallèle au bord des fausses côtes. 17 points de suture sur l'estomac (crin de Florence). Complications pulmonaires le 28. Bronchopneumonie et mort.

M. Roux s'est demandé si les phénomènes pulmonaires, ayant entraîné la mort, étaient dus au pincement des parois de l'estomac par les points de suture, les comparant aux phénomènes de congestion signalés par M. Verneuil lors d'étranglement herniaire. Pour cela il a étudié toutes les observations de gastrostomies publiées et a fait des expériences sur des chiens : ligature partielle de l'estomac, etc. La principale conclusion de son mémoire est que le traumatisme des parois de l'estomac peut déterminer des phénomènes vasculaires réflexes dans les poumons.

M. Terrier décrit à ce propos le procédé de gastrostomie qu'il a employé dans trois cas, mais qu'il a déjà publié dans la *Rev. de Chir.* ces temps derniers. Il insiste sur les sutures intra-stomacho-pariétales qu'il pratique pour unir les séreuses, avant d'ouvrir l'estomac ; puis sur la façon dont il suture la muqueuse stomacale à la peau par-dessus la suture séreuse. Le point capital, c'est de faire à l'estomac une ouverture très-petite, capable de laisser passer à peine une sonde à urèthre. Les sutures doivent être faites à la soie. Un bon moyen d'empêcher le suc gastrique de digérer la paroi intestinale, c'est de le neutraliser avec des substances alcalines (Debove), telles que carbonate de magnésie. Chez son dernier gastrostomisé, il y avait hypersécrétion du suc gastrique, à cause du cancer situé à l'extrémité inférieure de l'œsophage, et la paroi a été un peu endommagée par la suite. C'est une opération qui est bénigne, quand elle est bien faite aseptiquement. M. Terrier ne comprend pas pourquoi M. Roux a fait des expériences sur les chiens pour tâcher d'expliquer les phénomènes pulmonaires qui ont emporté son malade ; il s'agit d'accidents septiques, dont la pathogénie est facile à comprendre, si l'on songe que ce malade avait une fistule trachéale depuis 2 ans.

M. Berger se demande si la gastrostomie en 2 temps n'est pas préférable. Il a opéré ainsi récemment un malade qui a vécu deux mois 1/2. Il fait la suture d'une façon un peu différente. Pour éviter la digestion de la plaie, il emploie la craie préparée. Il est absolument nécessaire de faire une fistule très petite et de bien adapter la séreuse stomacale sur la séreuse pariétale.

M. Routier, dans les deux gastrostomies qu'il a pratiquées, a procédé d'une façon analogue à celle de M. Terrier. — Un de ses malades, opéré *in extremis*, vit depuis 6 mois, malgré son cancer. L'autre est mort d'inanition en 32 jours. Il préfère la gastrostomie en un seul temps.

M. Reynier. — Toujours on fait l'incision trop grande, car elle s'aggrandit sans cesse au contact de l'obturateur qu'on y place. Il a opéré trois malades de gastrostomie ; l'un est mort de suite, les autres ont vécu plusieurs mois. L'opération en deux temps ne lui paraît pas l'idéal, car il s'agit de malades chez lesquels il faut intervenir de suite, de malades qui meurent de faim. Il nourrit ses opérés immédiatement après l'opération (peptones, etc.). Il est convaincu que son premier malade est mort d'inanition.

M. Terrillon est aussi d'avis qu'il faut suturer avec soin l'estomac à la plaie ; mais la suture de la muqueuse à la peau n'est pas indispensable. Les inconvénients à redouter dans les fistules stomacales sont plutôt en rapport avec l'intensité d'action du suc gastrique qu'avec la grandeur de l'incision. M. Terrillon cite deux cas opérés par lui.

M. Terrier a fait jadis à Alfort bien des fistules gastriques. Il a remarqué dès cette époque la difficulté que l'on a à obturer ces fistules, quand on fait de grandes ouvertures. Il ne croit guère à la différence d'action des divers sucs gastriques. Quant à l'opération en deux temps, il ne la comprend pas, puisque la gastrostomie en un seul temps est une opération absolument bénigne. On voit bien mieux, en ouvrant de suite l'estomac, ce que l'on fait et l'on se place dans les conditions physiologiques les meilleures.

M. Reclus fait un rapport sur plusieurs observations de *plaies de l'abdomen* par coups de revolver adressées à la Société par MM. Lagrange (de Bordeaux) et Kapetanakis (de Chitaris) et cite en outre, à ce propos, une observation inédite de M. L. Labbé. Il y ajoute encore une observation personnelle, mais elle se rapporte à une plaie de l'abdomen par coup de couteau. M. Reclus a essayé, en même temps, de soulever à nouveau une discussion sur le traitement de ces plaies en montrant qu'on avait autant et même plus de succès en n'intervenant pas qu'en faisant la laparotomie. Il a cité, pour défendre sa cause, une série de statistiques américaines. Et pourtant, en terminant, il ajoute qu'il croit la laparotomie indiquée : 1° s'il y a issue de l'intestin au dehors ; 2° s'il y a hémorrhagie interne ; 3° s'il y a issue de l'air dans la cavité abdominale (tympanisme spécial) ; 4° s'il y a des matières fécales dans la plaie ; 5° s'il y a des signes de péritonite manifestes. M. Reclus reconnaît qu'il y a des cas nombreux où il y a *péritonite*, sans signes manifestes de péritonite. Aussi est-il très perplexe et ne sait-il à quoi se décider, car il est d'avis que, quand il y a péritonite, il faut intervenir. Il tourne la difficulté en disant : Il faut attendre. Ou son malage guérira seul, ou il aura, à un moment donné, les signes d'une péritonite grave ; quand celle-ci sera manifeste, il ouvrira le ventre. Certainement on interviendra si, à la suite d'un violent traumatisme abdominal (coup de pied de cheval dans le ventre, etc.), on soupçonne qu'il y a rupture intestinale. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 *Juin* 1890. — Présidence de M. Hardy.

M. Brocq fait une communication sur *une variété fruste de dermatite herpétiforme* (éruption urticarienne circinée, extensive avec pigmentation consécutive.

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui est atteinte d'une affection cutanée rebelle. Cette femme présente un nervosisme exagéré ; elle paraît être syphilitique. Il y a 4 ans elle est renversée par une voiture : il n'en résulte aucun traumatisme, mais elle ressent une violente émotion et ses règles s'arrêtent. Le soir même de l'accident, elle voit survenir sur les cuisses des taches rouges, dont le centre était blanc. L'éruption persiste, et, après une quinzaine de jours, les éléments s'étendent et se généralisent. A cette époque seraient survenues des bulles remplies de sérosité et de sang : cette période bulleuse aurait duré de deux à trois mois ; puis l'éruption reprit ses caractères de sécheresse qui ont persisté depuis trois ans. Il y a environ deux ans, le malade reste sept ou huit jours sans présenter d'éruption : ce fait est à signaler, car les éruptions ont été incessantes depuis le début de la maladie. La dermatose a constamment évolué par grandes poussées successives, mettant trois mois à évoluer, poussées suivies d'une accalmie de une à trois semaines. Tout le corps est atteint, sauf la figure et les mains. Les lésions débutent par des papules de la grosseur d'une tête d'épingle qui acquièrent les dimensions de la moitié d'un pois en même temps que leur rougeur devient plus vive. Leur sommet s'exfolie par le grattage et elles rappellent alors une grosse papule de prurigo. Les éléments en augmentant présentent deux zones, l'une

(1) On semble oublier que les lavages répétés sont un bon moyen d'introduire dans la plèvre des microorganismes nouveaux, s'ils ne sont pas faits avec un soin extrême ; ce qui est plus difficile qu'on ne pense. (M. B.).

périphérique constitue un bourrelet rosé de deux à cinq millimètres de large, et autour il n'existe pas de bordure érythémateuse. La partie centrale tend à s'affaisser, et en ce point le derme commence à se pigmenter. Ces lésions forment par leur confluence des placards de couleur café au lait clair au centre, avec un bourrelet périphérique continu ou interrompu ; d'où les aspects divers des lésions. Le bourrelet finit par disparaître, mais la pigmentation persiste pendant plusieurs mois. Il existe en outre une seconde variété d'éléments éruptifs : ce sont des saillies rouges prurigineuses, fugaces, qui méritent bien le nom d'élevures urticariennes. Sous l'influence de l'arséniate de soude donné à la dose de 0,025 milligr. par jour et de l'extrait de belladone, les poussées éruptives ont diminué d'intensité et voilà plus d'un mois que la malade n'a présenté d'éruption. Si elle cesse l'usage de la belladone, les démangeaisons tendent à revenir.

En résumé, il y a ici deux sortes d'éléments éruptifs : des éléments ortiés fugaces et une éruption plus importante caractérisée par des éléments peu papuleux au début, s'étendant par leur périphérie et laissant après eux de la pigmentation. On ne peut admettre qu'il s'agisse ici d'une urticaire, dans aucune de ses formes, non plus que de cette affection à laquelle on a donné le nom d'urticaire pigmentée. L'aspect circiné des éléments fait penser à des manifestations syphilitiques, mais certains de leurs caractères et les essais infructueux d'un traitement spécifique ne permettent pas de se ranger à ce diagnostic. Serait-ce donc une maladie nouvelle ? M. Brocq ne le croit pas et il pense que le type morbide qu'il vient de présenter doit se rattacher à la Dermatite herpétiforme de Duhring dont il présente les caractères. Il n'y a pas, il est vrai, dans ce cas, le polymorphisme de l'éruption, mais le polymorphisme n'est pas nécessaire pour constituer ce que M. Brocq appelle la Dermatite polymorphe douloureuse chronique (dermatite de Duhring). Les vésicules et les bulles peuvent, en effet, faire totalement défaut à une période de l'évolution de cette affection. La véritable caractéristique de cette dermatose est dans les troubles vaso-moteurs, dans les phénomènes douloureux, dans la superficialité des lésions et dans la réaction thérapeutique bien plutôt que dans ses caractères élémentaires. Or, dans l'observation ci-dessus, ces caractères se retrouvent et permettent de la rattacher à la dermatite de Duhring ; en même temps qu'ils permettent de dire qu'entre cette dermatose et les urticaires chroniques il y a des faits de transition dont la malade qu'il présente, semble être un type.

M. Du Castel demande à M. Brocq si la dénomination de dermatite polymorphe *douloureuse* doit remplacer celle de *prurigineuse* dont il se servait autrefois.

M. Brocq répond qu'il préfère cette épithète parce qu'il n'y a pas seulement du prurit, mais aussi de la cuisson, de la brûlure, de la douleur en un mot.

M. E. Besnier fait remarquer combien les faits se simplifient. Autrefois, on aurait laissé de côté une telle malade, ou bien on aurait émis sur sa maladie autant de diagnostics qu'il y aurait eu d'observateurs. Le grand mérite de Duhring est d'avoir individualisé toute une série de faits qui restaient incompris, d'avoir groupé tous les malades qui présentent un certain ensemble de signes morbides. En ce qui concerne le traitement, si les médications qui paraissent rationnelles ont échoué, il n'en est pas de même de la médication arsenicale et belladonée qui, pour empirique qu'elle soit, n'en donne pas moins d'excellents résultats.

M. Morel-Lavallée présente une malade qui est atteinte, depuis six mois, d'une *affection vésiculo-bulleuse* évoluant non par poussées, mais progressivement. L'éruption est précédée d'une période prurigineuse mais non douloureuse et non urticarienne. La malade ne présente actuellement que du prurit et des séries de vésicules produites par le grattage. Elle offre, en outre, une éruption pharyngée et buccale. Les lésions siègent de préférence aux cuisses, aux jambes, aux genoux, au visage : il y a certaines parties du corps qui sont totalement épargnées. Aucune étiologie appréciable. Diagnostic : *Dermatite herpétiforme de Duhring.*

M. Hardy s'étonne que l'on propose cette nouvelle dénomination pour un cas qui lui paraît des plus manifestes comme Pemphigus. Il proteste contre la tendance actuelle à analyser tous les cas que l'on s'efforçait de synthétiser autrefois et à détacher du genre une quantité de variétés dont on veut faire à leur tour des genres nouveaux. Dans le cas actuel, par exemple, il s'agit, si l'on veut, d'une variété du genre Pemphigus, mais non d'un type à part. Il faut conserver les grands types morbides et résister à cette tendance à séparer le type général en un aussi grand nombre de variétés dont la création ne se légitime pas.

M. Vidal. — M. Hardy recommence le procès fait au Congrès de dermatologie par M. Kaposi à la dermatite de Duhring. M. Kaposi disait que cette dernière tendait à annihiler complètement le Pemphigus. M. Brocq lui répondit avec raison qu'en effet le domaine du pemphigus était destiné à diminuer, et de fait on trouvait dans le pemphigus nombre d'affections qui y étaient englobées et qu'on cherche à en distraire, aujourd'hui qu'on les connaît mieux. On fait pour la dermatite de Duhring ce qu'on a fait autrefois pour le pemphigus à petites bulles. Il s'agit bien d'un type spécial dans lequel la bulle n'est qu'un élément.

M. E. Besnier. — L'élément bulle appartient à une foule de maladies qu'on ne peut ranger sous la même dénomination. Bulle n'est pas synonyme de Pemphigus : il faut individualiser les types et ces genres hétéroclites doivent être actuellement démembrés.

M. Hallopeau fait une communication *sur une forme végétante de syphilome lingual et sur son diagnostic avec l'épithélioma.* Chez un malade, atteint de syphilomes profonds de la langue, il se produit, malgré un traitement intensif et prolongé, des saillies végétantes et indurées en même temps qu'une adénopathie. M. Hallopeau crut d'abord à un épithélioma. Les résultats d'une biopsie et l'avis exprimé par M. Fournier le firent renoncer à ce diagnostic. Les détails de l'observation montrent : 1° que les syphilomes linguaux peuvent persister et continuer à proliférer malgré un traitement énergique ; 2° qu'ils peuvent occuper simultanément les parties profondes de l'organe et les parties sous-jacentes à la muqueuse ; 3° qu'ils peuvent constituer des tumeurs indurées et végétantes ; 4° qu'ils peuvent aussi prendre la forme d'excroissances papillomateuses ; 5° qu'ils peuvent s'accompagner d'adénopathie. Ils ont été décrits sous le nom de sclérose linguale. Cette dénomination pourra sans doute être légitimement appliquée aux phases ultérieures de la maladie : celle de syphilome végétant est plus appropriée aux lésions actuelles.

M. Fournier. — Ces cas s'accompagnent fréquemment d'un aspect leucoplasique qui peut donner le change et faire croire à un cancroïde de la langue ; la leucoplasie étant le prélude du cancer dans un grand nombre de cas. Il faut savoir que la leucoplasie est un symptôme banal, commun à beaucoup de maladies et accompagnant la syphilis notamment dans nombre de cas. Ces glossites scléreuses ne guérissent que si elles sont traitées à leur début.

M. Besnier. — Dans certaines syphilides cutanées, il peut se produire des végétations. Le même fait peut exister sur les muqueuses et il appartient à toutes les proliférations de même ordre, la tuberculose notamment. Quant aux lésions blanches que l'on rencontre sur la langue des syphilitiques, sont-elles de même nature que toutes les autres leucoplasies ? Y a-t-il des différences histologiques entre la plaque blanche d'un fumeur, d'un arthritique, d'un ancien syphilitique ? C'est ce que M. Besnier serait désireux de savoir.

M. Fournier. — Il faut distinguer dans le groupe des leucoplasies linguales. Il y a, par exemple, un type étudié par MM. Vidal, Mauriac, Debove, Trélat, qui est caractérisé par de grosses pellicules de la langue et qui est le prélude du cancer ; mais il y a aussi d'autres types et l'un d'eux se voit dans la syphilis, dans les cas de glossite scléreuse notamment. Ce type n'aboutit pas au cancer. Dans beaucoup d'autres états de la langue, dans diverses inflammations de l'organe il peut se présenter aussi des manifestations leucoplasiques mais qui diffèrent du premier type.

M. Mauriac. — Par le traitement on peut presque dire à quelle variété de leucoplasie on a affaire. Dans les leucoplasies arthritiques ou autres, sans syphilis, le mercure et l'iodure de potassium aggravent l'affection, tandis que dans celles qui accompagnent la syphilis il n'y a pas d'aggravation par le traitement. On peut donc prévoir la possibilité du cancer consécutivement à ces premières leucoplasies.

M. VIDAL. — Le terme de leucoplasie a été employé pour désigner une affection spéciale (celle décrite par le Pr Schwimmer, de Budapesth, sous le nom de leucoplakia buccalis) et l'on a étendu cette dénomination à d'autres types morbides, ce qui est une faute. Il faut donc entendre, sous ce nom, cette kératose linguale, glossite chronique superficielle que caractérise une desquamation par grands lambeaux, tandis que dans les plaques blanches des fumeurs, la desquamation est peu épaisse, sans lambeaux, de teinte argentée colorant le dessus de la langue et indiquant une altération peu épaisse de l'épiderme. A ces différences cliniques répondent des différences histologiques.

M. BESNIER. — On ne confond pas la leucoplasie buccale typique mais il s'agit de savoir si la leucoplasie des syphilitiques est la même que celle des fumeurs, des lésions dentaires, etc.

M. HALLOPEAU fait une communication sur le *Traitement d'un impétigo rebelle du bord libre des lèvres par les scarifications linéaires.* On connaît la résistance opiniâtre de cette éruption. Kaposi a dit que, pour en avoir raison, on peut être obligé d'en venir aux cautérisations avec la solution concentrée de potasse. Un malade présenté par l'auteur en étant atteint depuis deux ans, tous les traitements qu'on lui avait conseillés avaient été sans résultats. Il était contraint d'abandonner les cours qu'il suivait au Conservatoire et de renoncer à sa carrière d'artiste dramatique. Trois séances de scarifications pratiquées d'après la méthode de M. Vidal et suivies de l'application de pommade boriquée ont amené rapidement une guérison qui paraît durable. Dès la première, une amélioration des plus remarquables s'est produite. Ce fait prouve qu'il suffit d'une modification peu profonde dans la nutrition d'une partie atteinte d'eczéma pour faire disparaître l'altération qui est la cause prochaine de cette éruption.

M. BESNIER.—Cette lésion avait été autrefois décrite par Rayer sous le nom de psoriasis, de pityriasis des lèvres. C'est un eczéma séborrhéique des lèvres qui coincide avec un eczéma de même nature du visage et du cuir chevelu. Lésion ordinairement bénigne au début, elle peut prendre des proportions excessives. Les scarifications sont, on le voit, une excellente méthode de traitement. M. Vidal a réussi à guérir par cette méthode ces eczémas séborrhéiques des lèvres qui s'accompagnent parfois de croûtes grasses si épaisses.

M. FOURNIER lit, au nom de M. Cathelineau, un travail sur *la présence du mercure dans le liquide amniotique et les organes du fœtus.* Les recherches de M. Porak avaient fait admettre que certains médicaments passent de la mère au fœtus et que d'autres, le mercure notamment, ne passent pas. Les recherches de M. Cathelineau tendent à montrer qu'il passe bien, car il l'a trouvé à la fois dans le liquide amniotique et dans les organes d'un fœtus, dont la mère était soumise au traitement mercuriel. C'est surtout dans le foie et dans la rate, puis dans le cœur et dans les reins qu'il a constaté la plus grande proportion de mercure. PAUL RAYMOND.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 Juin 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. LABBÉ et FERNET.

M. MOUTARD-MARTIN.— La *proportion des ophtalmies purulentes* est-elle moindre depuis qu'on emploie des antiseptiques dans les accouchements? Il serait intéressant de savoir quelle est la proportion actuelle. Je crois qu'un grand nombre d'ophtalmies purulentes sont dues au passage de l'enfant dans la cavité vaginale où les yeux s'infectent.

M. C. PAUL. — J'ai demandé que dans le service d'accouchement de la Charité on établisse le nombre des ophtalmies purulentes chez les nouveau-nés. Les liquides infectants du vagin sont variables; il y en a de simplement septiques, d'autres blennorrhagiques.

M. CRÉQUY. — Il est très difficile de *faire prendre le sulfate de quinine* aux enfants. J'ai recours à un moyen qui m'a fort bien réussi, il consiste à mettre le sulfate de quinine dans une solution de jus de réglisse. J'ai goûté moi-même la solution; c'est ce qui fait perdre le mieux son goût au sulfate de quinine.

M. CATILLON. — On a déjà employé la glycirrhizine ammoniacale pour masquer le goût du sulfate de quinine.

M. BOQUILLON. — Il y a une plante américaine, l'*Yerba Santa*, qui masque très bien ce goût.

M. DELPECH. — C'est un pharmacien militaire, M. Roussin, qui a le premier découvert la propriété de la glycirrhizine de faire disparaître l'amertume de la quinine.

M. BARDET. — Les pharmaciens nous rendraient service si la Société de Thérapeutique mettait à l'ordre du jour les moyens de donner les médicaments de la manière la plus agréable. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 9 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

M. SOCQUET présente à la Société son ouvrage couronné par l'Institut et intitulé: *Etude statistique sur le suicide en France de 1827 à 1880.* Il résulte de ses recherches que, tandis que la population n'augmente que des 1/400e environ chaque année le suicide augmente dans la proportion de 1/20e; le rapport du nombre des suicidés à celui des habitants est moyennement de 1 à 10,000. La profession qui fournit le moins de suicides est celle de commerçant, ensuite celle de domestique, puis l'agriculture, ensuite l'industrie qui représente la moyenne générale; viennent ensuite les professions libérales. La strangulation et la pendaison sont les procédés les plus usités et dont l'usage tend à s'accroître de plus en plus. L'ivrognerie tend à devenir la cause prépondérante du suicide, mais ce sont les maladies cérébrales qui fournissent jusqu'à présent le plus de suicides dans les deux sexes, surtout chez les femmes; viennent ensuite les peines diverses, revers de fortune, chagrins de famille, misère, amour, jalousie, débauche.... L'influence des trois dernières causes se fait sentir surtout chez la femme.

M. MOTET annonce à la Société que le *Musée de Médecine légale* pourra être installé dans un local de la Faculté de médecine offert gracieusement par M. le Pr Brouardel. — Il communique ensuite le rapport médico-légal de M. Leprince (de Bourges) sur un cas d'*empoisonnement par l'arsenic.* Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une tumeur au sein et qui s'est fait soigner par une femme empirique; celle-ci lui a donné une « pommade » et une « eau ». Cinq jours après l'emploi de ces médicaments, la jeune fille est morte et l'expertise médico-légale a démontré que la « pommade » contenait de l'orpiment (trisulfure d'arsenic) et « l'eau » de l'acide arsénieux. J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 4 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

MM. LETOURNEAU et DIAMANDÈ, à propos de la dernière communication de M. VERRIER sur l'*état social des tribus primitives*, font observer que ces tribus débutent souvent par le matriarchat et non le patriarchat, ce à quoi M. Verrier répond qu'il n'a eu en vue que les tribus des « hauts plateaux » de l'Asie.

Une discussion générale est ravivée par M. BEAUREGARD, au sujet d'un texte de M. Tcheng-Ki-Tong sur la façon de conserver et de manger les œufs dans l'extrême Orient.

M. MATHIAS-DUVAL répète que les *œufs couvés* pourraient être préférés dans l'alimentation rationnelle des convalescents, parce qu'il y a déjà un commencement de peptonisation qui les rend très digestifs. L'œuf couvé ne durcit plus ni par la coction, ni par les acides. Il se pourrait qu'une industrie spéciale y trouvât son profit autant que les malades.

M. HERVÉ estime qu'aucune des couches protectrices employées pour la conservation des œufs n'empêchera les microbes d'entrer et de provoquer à la longue de la fermentation.

Il résulte de cette discussion que M. Laborde ne voudrait « étouffer dans l'œuf ») que les Chinois mangent des œufs couvés, des œufs fermentés ou en fromage et des œufs conservés pendant plusieurs mois, dit M. VARAT, ce qui ne leur enlève que très peu de leur fraîcheur.

En présentant son nouveau volume sur *les origines de la chasse et de la pêche*, M. G. DE MORTILLET expose les prin-

cipaux résultats de son intéressant travail de reconstitution de la période préhistorique et de la jonction de la préhistoire à l'histoire. Depuis l'époque quaternaire, on constate que 13 espèces de Mammifères se sont éteintes, 8 ont émigré vers le nord et 7 vers le sud.

M. Piétrement fait observer à ce propos que les animaux sauvages fuient l'homme ; qu'en dehors des influences climatériques, la densité croissante de la population, le perfectionnement des armes de chasse sont une des causes du déplacement de certaines espèces abandonnant leurs centres d'habitat. Peut-être pourrait-on expliquer de la sorte l'émigration de ces espèces vers l'Est où d'immenses forêts leur ont assuré plus de sécurité.

M. Manouvrier présente deux mémoires de M. Testut, l'un sur l'*apophyse épitrochléenne chez l'homme* relatant 22 observations nouvelles ; l'autre intitulé *recherches anthropologiques sur les squelettes quaternaires de Chancelade* (Dordogne).

M. Hervé fait remarquer que ces crânes de Chancelade ont de l'analogie avec ceux de Cro-Magnon et qu'on y retrouve également la voûte crânienne en carène des Esquimaux.

M. Manouvrier présente en outre un enfant atteint de *déformation bridée de l'auriculaire de la main droite et du pouce du pied.*

M. Thieullen offre le moulage d'une plaque de schiste du musée assyrien du Louvre, de provenance chaldéenne, où se voient des *flèches à tranchants transversaux*, de l'époque des pasteurs sans doute.

M. Hervé rappelle que, d'après Galien, des flèches de ce genre servaient, sous Commode, à décapiter les autruches dans les jeux.

M. Collin offre des objets préhistoriques.

M. Sanson fait une communication sur les *résultats des croisements* et leur influence sur la couleur de la robe. Vache flamande couleur acajou + taureau suisse brun = génisse rouge brun + taureau flamand rouge acajou = génisse rouge brun, tête et abdomen blancs + taureau suisse brun foncé = génisse rouge pâle à front blanc. La robe du produit de cette 3e génération permet de conclure que les effets des croisements sont impossibles à prévoir ni à calculer. De même, utilisant cette déduction pour l'anthropologie, on ne saurait prévoir les caractères de couleur créés par le croisement, parce qu'ils ne sont point des quantités calculables et ne peuvent être comparés à des réactions chimiquement mathématiques de laboratoire.

Mme Cl. Royer croit qu'en présence des races pures, blanche et nègre, on peut calculer mathématiquement le résultat des croisements fractionnés et prévoir, en général, leurs résultats moyens. Ce sont bien des quantités mathématiques qui opèrent.

M. Sanson. — La puissance héréditaire n'atteint pas à la 4e génération ; une race est éliminée à la 3e génération. La race à robe uniforme des vaches de Jersey, que cite M. Thieullen, se maintient par suite d'une sélection très suivie, très intentionnelle et du reste cette couleur jaune fauve favorite appartient aux deux races composantes : la primitive et la normande introduite.

M. Hervé dit que les mulâtres et les métis se comportent de la même façon. Il y a chez eux également une extinction des caractères mitoyens : le caractère mulâtre, par exemple, s'efface après 3 ou 4 générations, s'il n'est point rallumé par un apport nouveau de sang noir d'un côté ou blanc de l'autre.

M. G. de Mortillet cite le fait de la robe uniforme des meutes de chiens soigneusement sélectionnés ; malgré cela, à la 5e ou 6e génération, certains produits naissent avec des couleurs anciennes, ataviques.

Ordre du jour de la prochaine séance.

M. Ol. Beauregard. — La justice et les tribunaux dans l'ancienne Egypte.

M. Fauvelle. — Sur les tombeaux puniques de Carthage.

M. Verrier. — Peuplement primitif du Nord de l'Afrique.

M. Laborde. — Sur les fonctions du cervelet.

M. Dumont. — Sur la natalité du canton de Fouesnant.

G. Capus.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. — **De l'accouchement provoqué** (Dilatation du canal génital à l'aide du ballon introduit dans la cavité utérine) ; par le Dr Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux. Paris 1888. O. Steinheil, éditeur.

I. — La méthode proposée par M. Champetier de Ribes repose sur la dilatation artificielle et rapide du col de l'utérus. Un ensemble d'observations recueillies par l'auteur et différents opérateurs vient étayer la valeur de la méthode et en prouver l'efficacité. Le ballon introduit dans la cavité de l'utérus dans le but d'ouvrir largement le canal génital depuis le col utérin jusqu'à la vulve et de frayer ainsi passage au fœtus, est tout à la fois un agent physiologique et un agent mécanique. Il est agent physiologique en ce qu'il met en jeu les contractions utérines par excitation réflexe ; agent mécanique, en ce que par son contact avec le col utérin, le vagin et la vulve, il agrandit le calibre du canal génital. Selon l'expression de M. Champetier ce ballon est fils du ballon dilatateur intra-utérin de M. Tarnier. Il n'a point la prétention de le faire disparaître des trousses obstétricales mais de prendre place à côté de lui, grâce à ses indications spéciales.

Le ballon de M. Champetier est construit en tissu de soie légère, très résistant, enduit d'une couche de caoutchouc mince destinée à en assurer l'imperméabilité. Il est très souple et peut se rouler quand il est entièrement vide en forme de cigare. Une pince à mors longs, étroits et courbés de façon à suivre l'axe des voies génitales, saisit dans toute sa longueur le ballon ainsi plié et le conduit dans les voies génitales, jusqu'à ce qu'il ait pénétré par la totalité de sa portion dilatable, au-dessus de l'orifice cervical. Il est nécessaire pour procéder à cette application, d'introduire deux doigts de la main gauche dans la cavité utérine pour guider l'instrument.

La pince conductrice est formée de deux branches qui, une fois le ballon mis en place, se retirent par désarticulation comme les branches du forceps. Le ballon est gonflé à l'aide d'une injection de solution antiseptique, tantôt d'emblée, tantôt peu à peu; il est empli tantôt complètement, tantôt incomplètement. Il est facile d'apprécier la distension du ballon d'après la quantité de liquide injectée en prenant le soin préalable de jauger sa capacité. Après avoir essayé d'appareils de divers calibres l'auteur a fixé son choix sur un sac conique dont la circonférence maxima est de 31 centimètres. Une fois gonflé le ballon prend la forme d'une pomme d'arrosoir dont la base regarde le fond de l'utérus, dont le sommet s'engage dans le col et dont le tuyau traverse le vagin et la vulve; cette dernière partie est munie d'un robinet à son extrémité libre. La disposition conique facilite la dilatation progressive du col utérin : les contractions utérines suffisent à faire franchir l'orifice cervical à cette poche des eaux artificielles. On peut aussi, s'il y a urgence d'obtenir une dilatation complète du col, joindre une *vis a fronte* manuelle à la *vis a tergo* utérine en exerçant des tractions sur le tuyau du ballon.

Une fois que la femme est accouchée du ballon, le médecin est maître de la situation et peut, s'il ne préfère pas abandonner les choses à la nature, procéder sur le champ à l'extraction du fœtus par le forceps ou la version. L'accouchement dès lors s'effectue dans les conditions du second accouchement dans le cas de grossesse gémellaire. Comme on le voit, l'avantage incontestable du ballon de M. Champetier est de permettre l'accouchement très rapide. Il rend cliniquement praticable, bien que ce ne soit pas l'indication principale qu'ait eu en vue l'auteur (qui d'ailleurs n'en fait mention qu'avec réserves), l'accouchement forcé des anciens accoucheurs dont il permet de citer les dangers.

Les indications de l'emploi du ballon de M. Champetier de Ribes portent sur tous les cas où il est nécessaire d'obtenir la déplétion prématurée de la cavité utérine.

La principale de ces indications concerne les rétrécissements du bassin ; sur les 18 observations de l'auteur, 16 ont trait à des faits de cette nature. A côté nous citerons les cas d'hydramnios grave dans lesquels on fait usage du ballon après rupture artificielle des membranes de l'œuf; les cas d'accidents gravido-cardiaques ; les cas d'albuminurie grave

nécessitant l'interruption de la grossesse; les cas de présentation de l'épaule encore élevée, avec membranes rompues et col insuffisamment dilaté pour permettre la version ; les cas de rétention de fœtus mort avec membranes rompues et putréfaction intra-utérine ; les cas de rétention du placenta avec putréfaction de l'arrière faix; enfin les cas d'hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta.

M. Champetier rapporte des faits concernant les rétrécissements du bassin, les accidents gravido-cardiaques et la rétention du fœtus putréfié. Dans tous ces cas, il n'a eu qu'à se louer de l'emploi de son ballon et il ne nous semble pas douteux que pour les autres indications qu'il formule sans en mentionner l'application clinique le résultat en doive être aussi favorable. Dans une récente leçon clinique M. le professeur Tarnier préconisait de son côté, sans avoir eu toutefois l'occasion d'y recourrir, l'emploi du ballon de M. Champetier pour certains cas d'insertion vicieuse, partielle ou marginale du placenta. Plus récemment encore, ce même professeur a mis en pratique la dilatation mécanique de l'utérus *post partum* pour faire face à des accidents graves dépendant de la rétention de l'arrière faix. Les conditions dans lesquelles a opéré M. Tarnier étaient un peu différentes, il est vrai, de celles qu'envisage M. Champetier car le ballon nouveau n'eût pu être mis en œuvre, puisqu'il s'agissait d'un avortement, mais le principe est le même. M. Tarnier a appliqué son ballon dilatateur intra-utérin; la femme a accouché de ce corps étranger et derrière celui-ci, l'arrière faix s'est pédiculisé et engagé dans le col. La dilatation était devenue suffisante pour permettre l'ablation digitale du corps du délit.

A notre avis, l'auteur eut pu étendre les indications de son appareil, non seulement comme il l'a fait à l'albuminurie grave c'est-à-dire à l'imminence d'éclampsie, mais encore à l'éclampsie elle-même, à condition toutefois, pour que l'instrument puisse être appliqué, que la partie fœtale ne soit pas engagée ou soit tout au moins mobilisable sans efforts de bas en haut. On sait qu'en ce cas, il y a tout intérêt pour la mère à ce que l'utérus soit rapidement évacué et que la rapidité de l'accouchement est la meilleure sauvegarde pour le fœtus.

Il nous semble également que l'emploi du ballon quand l'engagement de la partie fœtale ne s'oppose pas à sa mise en place, se trouve indiqué formellement dans le cas d'hémorrhagie interne de l'utérus gravide, faits sur lesquels, en ces derniers temps, Budin, et Moreau, élèves de Maygrier ont appelé l'attention en France, et contre lesquels on n'a guère eu d'autre ressource jusqu'ici que de pratiquer l'accouchement forcé pour sauver sinon l'enfant du moins la mère. En appliquant son ballon dans les rétrécissements du bassin, M. Champetier a remarqué avec juste raison qu'il pouvait obtenir des renseignements utiles sur les diamètres de la filière rétrécie. Etant donné que ce ballon a des dimensions presque égales à celles d'une tête de fœtus à terme, on conçoit, en effet, que d'après les difficultés qu'on éprouve à lui faire franchir l'obstacle pelvien il soit facile de préjuger des conditions dans lesquelles va s'effectuer le passage de la tête. Ce renseignement peut être précieux dans les faits où la hauteur du promontoire, la saillie plus ou moins grande des vertèbres sacrées, l'inclinaison et la hauteur de la symphyse des pubis exposent à une appréciation erronée des dimensions réelles du diamètre utile du bassin.

Dans son travail, l'auteur marche résolument au devant des objections qu'on peut opposer à son procédé.

La rupture accidentelle des membranes a été observée 2 fois sur 18 cas ; il ne s'agit pas là d'un grand inconvénient puisque l'expulsion du fœtus doit suivre immédiatement celle du ballon, et que, pour effectuer la dilatation du col, celui-ci agit à la manière de la poche des eaux.

Le décollement du placenta ne peut être survenu que dans les cas où celui-ci prend insertion sur le segment inférieur de l'utérus. Du moment où l'introduction du ballon doit être précédée de celle des deux doigts destinés à le guider dans la cavité utérine, il est aisé de reconnaître directement le siège du placenta.

L'augmentation de tension dans la cavité utérine est assez peu marquée grâce à l'élasticité du muscle, pour ne déterminer aucun trouble.

Le déplacement de la partie fœtale avec ses conséquences possibles, procidence du cordon ou des membres, est la plus importante de toutes les objections. L'auteur a constaté dans 3 de ses observations l'existence de procidences après issue du ballon. Nous-même l'avons observée une fois à l'hôpital de la clinique et il nous a semblé même que la pression du ballon distendu et rigide avait déterminé une ecchymose sur le membre prolabé. Ce sont là des complications auxquelles il est aisé de remédier par une intervention rapide, d'ailleurs rendue facile par la dilatation du col. Nous croyons savoir toutefois, que pour faire face à de pareils accidents, l'auteur a conseillé depuis la publication de son mémoire, de ramener le siège du fœtus au détroit supérieur avant d'appliquer le ballon ; l'extrétrémité pelvienne étant moins volumineuse et moins résistante que l'extrémité céphalique, s'accommode mieux au voisinage du ballon que la tête.

A ces objections prévues par l'auteur, nous pourrions en ajouter une dernière qui nous semble, malgré l'expérience encore restreinte que nous avons de son appareil, mériter quelque considération. Il s'agit de la douleur et des difficultés opératoires que comporte l'"introduction du ballon. L'élément douleur peut être supprimé grâce à l'emploi du chloroforme, qui a d'ailleurs l'avantage d'obvier à l'indocilité de la femme ; mais on ne saurait nier que l'introduction de deux doigts dans la cavité de l'utérus gravide et la mise en place de l'appareil avec toute la prudence nécessaire, exigent une habileté de main toute spéciale de la part de l'opérateur. Encore ne faisons-nous pas mention, à titre d'objection, des risques d'infection que peut faire courir pareille manœuvre à la femme ; à l'heure actuelle l'importance de l'antisepsie obstétricale s'impose assez d'elle-même pour qu'on puisse considérer comme répréhensible tout praticien qui se refuserait à l'appliquer dans son entière rigueur en pareille circonstance.

Le principe de la méthode préconisée par M. Champetier, c'est-à-dire la dilatation complète et rapide du col de l'utérus au moyen d'un ballon, n'est pas nouveau. Les sacs violons de Barnes, les vessies de porcs employées par Hubert et Chassagny ont été inventés dans ce même but. Plus récemment, en 1883, Schausa a décrit un procédé très analogue sous le nom de colpeuryse intra-utérine. Mais on ne se servait jusqu'ici que de ballons élastiques et par conséquent très extensibles. Cette condition ne leur donne pas l'avantage de se comporter comme le ballon de M. Champetier, à la façon d'une partie fœtale artificielle destinée à ouvrir, selon des dimensions qu'il est possible de déterminer et de fixer à l'avance, la voie nécessaire pour le passage de l'enfant, depuis le col utérin jusqu'à la vulve inclusivement.

En construisant son appareil, M. Champetier de Ribes a eu surtout en vue l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de viciations pelviennes. Nous ne pouvons terminer cette étude critique sans mettre en parallèle son procédé avec celui qu'a préconisé tout récemment M. Tarnier dans le même but.

Lorsqu'on se propose de faire accoucher prématurément à jour fixe une femme atteinte de bassin vicié soit à l'aide du ballon dilatateur de Tarnier, soit à l'aide d'une sonde de Krause (pour ne citer que les procédés les plus usuels) très souvent on éprouve des retards dans la réussite, retards qui sont souvent préjudiciables à la mère et surtout à l'enfant. Il est des cas même où on épuise tous les procédés d'accouchement prématuré et où on doit poursuivre pendant plus d'une semaine l'éveil des contractions douloureuses de l'utérus.

Dans son procédé actuel M. Tarnier introduit d'abord son ballon dilatateur intra-utérin; si l'utérus expulse ce corps étranger sans continuer à se contracter, il applique de cet instrument l'écarteur du col utérin et on gradue l'intensité d'action à l'aide d'un ou de plusieurs anneaux de caoutchouc. Les faits que nous avons personnellement observés à l'hôpital des Cliniques et à l'hôpital de la Charité, nous ont donné l'assurance qu'à l'aide de ce dernier instrument on était toujours maître de déterminer une dilatation rapide permettant d'obtenir l'expulsion du fœtus à date fixe. Dans plusieurs cas même, M. Tarnier a pu provoquer le travail de l'accouchement chez des multipares par l'application de l'écarteur, sans recourir à l'intervention préalable du ballon dilatateur intra-utérin.

S'il nous est arrivé, en usant du procédé nouveau de M. Tar-

nier, d'attendre jusqu'à 3 jours la terminaison de l'accouchement, c'est que nous perdions une grande partie de ce temps à attendre l'effet du ballon dilatateur, ou que nous ne laissions pas l'écarteur en place d'une façon continue, ou encore que, par une réserve toute naturelle dans l'exécution d'une opération nouvelle, nous n'usions pas d'un déploiement d'excitation suffisante à l'aide des anneaux de caoutchouc. Maintenant que l'innocuité de ce procédé nous semble démontrée, nous pensons que le délai d'un jour constitue le maximum de temps nécessaire pour amener soit une dilatation complète, soit une dilatabilité suffisante du col pour permettre l'accouchement. Dans un fait que nous avons observé à la clinique, l'expulsion du fœtus s'est effectuée 6 heures après l'application d'emblée de l'écarteur chez une femme non en travail auparavant. Chez une primipare atteinte de viciation pelvienne que nous avons traitée à la Charité, nous avons appliqué d'emblée l'écarteur, après avoir entrouvert l'orifice externe du col à l'aide du doigt. L'écarteur était mis en place à midi; à quatre heures du soir le col était dilaté complètement, à 9 heures du soir la femme expulsait spontanément son enfant.

Ce procédé offre l'avantage d'être facilement applicable, de ne pas déplacer la partie fœtale et de ne pas exposer à la rupture des membranes. Il ne comporte pas l'introduction de la main dans la cavité utérine, il est absolument indolore, aussi est-il docilement supporté par les femmes sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'administration du chloroforme. L'outillage et le manuel opératoire sont plus simples que pour le ballon de M. Champetier. De plus, l'écarteur peut s'appliquer dans tous les cas, quelle que soit la présentation et quel que soit son degré d'engagement.

Toutefois, avec le procédé de M. Champetier, si l'accoucheur rencontre des difficultés d'application plus grande, il se trouve mieux en mesure de hâter et de terminer l'accouchement aussitôt qu'il lui paraît nécessaire. En outre, une fois ce ballon introduit et dilaté, on peut abandonner les choses à elles-mêmes, tandis que l'écarteur nécessite une surveillance constante. En somme, c'est à l'application du ballon de M. Champetier qu'il faut recourir, à condition qu'elle soit possible, pour tous les faits d'urgence extrême où chaque minute écoulée augmente les dangers que peut courir la mère ou l'enfant.

Pour les cas, au contraire, où l'accouchement prématuré est une opération de choix et où un délai d'un jour n'entraîne pas d'inconvénient, il nous paraît préférable de recourir à l'application de l'écarteur précédée ou non de celle du ballon dilatateur intra-utérin. Cette opération nous semble plus simple et mieux à la portée des praticiens qui n'ont pas d'éducation obstétricale particulière.

E. BONNAIRE.

THÉRAPEUTIQUE

Notes de Thérapeutique.

Que faut-il entendre par Quinium Labarraque ?

Nous avons eu l'occasion de remarquer plus d'une fois que, dans l'esprit d'un certain nombre de praticiens et même de pharmaciens, le Quinium ne représentait à l'esprit qu'un résidu, un déchet, pour ainsi dire, laissé par le traitement des quinquinas pour l'obtention de la quinine. Cette erreur provient, sans doute, de ce que, souvent, on présente dans le commerce de la droguerie, sous le nom de Quinium, des blocs résineux qui ne sont en effet que l'ensemble des résidus insolubles des quinquinas traités pour l'extraction des alcaloïdes. Ces masses indéfinissables, sans valeur, sont livrées au commerce à un prix infime, 5 francs le kilo, par exemple, alors que le Quinium véritable revient à plus de 100 francs le kilo.

Il nous a paru intéressant de rappeler ce qu'est le Quinium vrai, dû à la collaboration de A. Delondre et A. Labarraque, préparateurs de Pelletier et Carentou, les inventeurs de la Quinine, de rappeler aussi qu'il a été considéré par l'Académie de médecine comme un acquisition thérapeutique importante, et que, dans le *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, il est dit que le Quinium devrait remplacer toutes les autres préparations de quinquina.

Voici ce qui est écrit dans l'Officine de Dorvault au sujet du Quinium :

« Un produit qui nous semble appelé à jouer un rôle important en thérapeutique est le *Quinium* ou Extrait alcoolique de quinquina par la chaux, *extrait complet de Quina* de A. Labarraque ; on l'obtient en broyant un mélange de quinquina de composition telle qu'il représente deux parties de quinine et une partie de cinchonine ; on ajoute moitié de son poids de chaux éteinte, on traite ce mélange par l'alcool bouillant jusqu'à épuisement et on évapore ; le résidu est le *Quinium*, représentant 33 0/0 de son poids d'alcaloïdes, plus les autres principes actifs du quinquina, en un mot, toute la matière de celui-ci, moins le ligneux.

Il est donc infiniment plus riche que les extraits ordinaires de quinquina, et les préparations qu'on en obtient sont donc beaucoup plus actives et plus uniformes dans leur action, le Quinium étant un produit dosé chimiquement.

D'autre part, le Quinium représentant les divers éléments du quinquina, il a des avantages, des réussites, que n'a pas le sulfate de quinine dans des cas de fièvre, hors toutefois les cas graves, urgents.

C'est donc un *tonique* et un *fébrifuge* de grande importance.

Le Quinium Labarraque est surtout et presque exclusivement employé sous forme de vin.

Vin de Quinium Labarraque.

Voici ce qu'on lit dans le formulaire magistral du professeur Bouchardat au sujet de cette préparation :

« Le vin de Quinium Labarraque renferme 4 gr. 50 de
« quinium par 1,000 grammes.
« Le Quinium contient 1 gramme de quinine, 0.50 c.
« des autres alcaloïdes et 3 grammes de principes extrac-
« tifs solubles toniques et aromatiques.
« Dose : 100 grammes de vin comme fébrifuge ; 30 gr.
« comme reconstituant, tonique et préservatif (soit un
« verre à liqueur à chaque repas). Remède excellent. »

Le Vin de Quinium Labarraque est préparé par la maison H. Fournier et Cie, 19, rue Jacob, Paris, seule propriétaire des procédés de A. Labarraque. Cette importante maison de produits pharmaceutiques a obtenu les premières récompenses aux diverses Expositions internationales. — Médailles d'or, Paris, 1878, 1889 ; Amsterdam, 1883 ; Sydney, 1888, etc., etc.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel technique et pratique d'Anthropométrie crânio-céphalique (méthode, instrumentation) à l'usage de la clinique, de l'anthropologie générale et de l'anthropologie criminelle; par le Dr M. BENEDIKT, professeur à l'Université de Vienne ; traduit et remanié, avec le concours de l'auteur, par le Dr P. KERAVAL, lauréat de la Faculté de médecine, etc. ; avec une préface de M. le Pr CHARCOT. — Lecrosnier et Babé, Paris, 1889.

Cet ouvrage du savant professeur de neuro-pathologie de Vienne est un de ceux qui fixent la base d'une science en établissant la méthode, rigoureuse, mathématique, méthode qu'on pourrait appeler cristallographique: puisqu'elle polyédrise en quelque sorte le globe crânien et qu'elle emprunte à l'étude des cristaux le rigorisme des mensurations et les procédés de calcul purement mathématique. Voici une des phrases caractéristiques du chapitre *lois de la construction du crâne :* « Nous espérons, par voie indirecte, parvenir à construire les figures géométriques dont les formes ont finalement produit, comme résultante du développement biologique, la forme certaine et définitive du crâne humain, p. 139. » M. Benedikt a mis au service de ses études de stéréographie et d'arpentage crânio-céphalique des instruments nouveaux de son invention, très parfaits, très minutieux, pourvus d'alidades et de verniers et donnant des chiffres d'observation directe dont les calculs trigonométrique et géométrique lui servent pour en déduire d'autres. Son cathétomètre craniométrique optique, que nous avons vu fonctionner sous la main de l'inventeur, à la section

d'anthropologie de l'Exposition universelle, est l'appareil le plus parfait construit jusqu'à ce jour; il permet d'obtenir un luxe de chiffres auquel on n'était point habitué jusqu'alors. Mais ce n'est point seulement au service de l'anthropologie générale et de la crâniométrie simplement comparative que M. Benedikt met l'outil perfectionné et ses mensurations exactes et désormais normales, il les utilise encore, et peut-être surtout, à obtenir une précision plus mathématique que jamais dans le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre de névropathies, à démontrer la fréquence des atypies et des anomalies céphaliques dans les cas de névroses centrales héréditaires ou précoces, et à pénétrer les lois de l'hérédité morbide. C'est pour cela que ce livre s'adresse autant au médecin qu'à l'anthropologue, et que M. le professeur Charcot l'a honoré d'une préface, en lui servant de parrain éminent.

Le chapitre « anthropologie normale et pathologique » jette un jour nouveau, avec de la lumière réfléchie, sur toute une série de faits psychopathiques en rapport avec la morphologie du crâne. Gall y est jugé avec moins de dédain que dans beaucoup d'autres ouvrages, quoique sa phrénologie soit qualifiée d'utopie. La conclusion de ce fort important chapitre : « toute anomalie de structure prédispose à la maladie » en résume le sens et l'initiative: établir la première pour trouver la seconde. Nous signalerons encore tout particulièrement un chapitre de bio-mécanique traitant de l'importance des lois de construction du crâne pour le développement scientifique de la morphologie. Il y a là des vues très élevées sur l'entité et l'évolution de la cellule soumise aux lois mécaniques du mouvement, dérivées des lois de la forme et dégageant elles-mêmes les lois des forces impulsives du mouvement envisagé.

Et comme, à l'appui de ses argumentations et instrumentations, « les meilleures descriptions ne valent pas un bon exemple », l'auteur a, dans un appendice, appliqué son analyse cathétométrique à l'étude du crâne d'un meurtrier (l'assassin Schimak) et montré, dans une épure type, de quelle façon cette méthode arrive aux résultats qu'elle nous a promis.

Nous devons savoir gré à M. le Dr P. Keraval d'avoir introduit ce livre utile en France. Il en est non seulement le traducteur habile, mais encore le savant collaborateur. Au moment où les études d'anthropologie criminelle et les données de la clinique neuropsychopathique convergent à angle aigu, le livre de M. Benedikt nous permet de mesurer cet angle; à d'autres de le diminuer. Or, nous savons trop combien sont grandes les difficultés fondamentales d'une adaptation à l'esprit de la langue française, de celui de l'allemande — surtout en présence d'une dialectique aussi élevée, pittoresque parfois, et d'une telle gymnastique cérébrale de conceptions abstraites — pour ne point applaudir à la façon supérieure dont elles ont été vaincues. G. C.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Du Restraint et du Non-Restraint en Angleterre (*Fin*) (1);

par le Dr René SEMELAIGNE.

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint des maladies mentales.

Le rapport de 1854 donne une série de réponses intéressantes à une lettre circulaire adressée aux superintendants de presque tous les asiles d'Angleterre et du Pays de Galles, sur la question du non-restraint; le rapport conclut que, comme résultat général de toutes les informations ainsi recueillies, on peut affirmer que l'abandon du restraint mécanique, reconnu inutile et nuisible aux malades, est en pratique la règle de tous les établissements publics du royaume, même de ceux où le système du non-restraint, en tant que principe abstrait n'admettant ni déviation, ni exception, n'a pas été adopté en fait. « Pour nous, ajoutent les commissaires, nous sommes convaincus depuis longtemps, et nous avons agi fermement et d'après cette conviction, que la possibilité de se dispenser du restraint mécanique dans le traitement des aliénés est, pour la grande majorité des cas, une simple question de dépense, et que son emploi continu et systématique, dans les asiles et maisons autorisées où il existe encore, doit être attribué en grande partie au manque d'espace convenable, aux dispositions architecturales défectueuses, à un état-major insuffisant de gardiens propres à ce service, et très souvent à toutes ces causes réunies. Nos vues, mûries sur ce sujet, seront mieux comprises par l'exposition de la marche que nous avons suivie dans l'exercice de nos fonctions comme inspecteurs. Nous avons pris pour règle de décourager au plus haut point de l'emploi du restraint mécanique sous n'importe quelle forme. Partout où nous l'avons trouvé en usage, notre pratique uniforme a été de faire une enquête minutieuse sur les circonstances et les raisons alléguées pour cet emploi et d'insister pour le recours aux autres moyens variés que l'expérience, dans d'autres maisons, a prouvé être d'une substitution efficace. . . . .

Quant à la chambre de seclusion, son usage occasionnel pour de courtes périodes, principalement durant les paroxysmes de l'épilepsie, ou la manie violente, est en général regardé comme bienfaisant. D'autre part, nous ferons observer que la facilité donnée à un gardien dur ou indolent de se débarrasser par la seclusion des malades ennuyeux et sujets à de violentes attaques, au lieu de prendre la peine d'adoucir leurs sentiments irrités, et d'occuper leur excitation par l'exercice et le mouvement, nous ferons observer, disons-nous, que cette facilité rend la seclusion passible d'abus considérables, et qu'en pratique elle laisse la porte ouverte, bien qu'à un degré moindre, à toutes les objections qui s'appliquent aux formes plus rigoureuses du restraint mécanique. Nous sommes donc d'avis que, lors même que la seclusion est employée comme moyen de calmer un malade, on ne doit y recourir qu'avec l'agrément et la sanction directe du médecin, et dans ce cas même, limiter de beaucoup sa durée. L'expérience nous a aussi montré que, excepté pour recevoir des épileptiques pendant leurs paroxysmes, et dans quelques cas où il existe une propension déterminée au suicide, l'utilité des chambres matelassées n'est pas aussi grande qu'on l'a supposé un moment, et que, pour l'excitation maniaque, la seclusion dans une pièce commune ou un dortoir de grandeur modérée, dont on aura enlevé tout objet propre à fournir des instruments de violence ou de destruction, et qui pourra être aisément rendue obscure, si besoin est, sera généralement propre à répondre à toute éventualité. . . . . »

Les opinions émises par les commissaires métropolitains en 1854 sont, on le voit, bien différentes de celles que l'on rencontre dans le rapport de 1844. Ils hésitaient alors, présentant les raisons qui plaidaient le pour et le contre; maintenant ils sont les adversaires du restraint, et étendent même le principe, car ils combattent la seclusion et les *padded-rooms*, sans lesquelles, disait Conolly, on devrait se demander si l'abolition du restraint est praticable dans un vaste asile.

Si nous recherchons les réponses aux questions des commissions, nous constatons que sur 117, 72 sont résolument en faveur du restraint mécanique, et 4 pour son emploi dans les cas chirurgicaux: 12 n'expriment aucune opinion, enfin 29 réclament l'abolition totale, absolue; les vrais partisans du non-restraint ne forment donc que le quart. Quant à la seclusion, la grande majorité des superintendants la considère comme utile en certains cas; quelques-uns la rejettent absolument, et d'autres plaident spécialement en sa faveur. Parmi ces derniers le Dr Bucknill prône la seclusion, et comme mode de traitement, et comme moyen de coercition. Employée comme mode de traitement, elle doit être rendue aussi agréable que possible; les chambres seront bien éclairées et pourvues de toutes les facilités de travail et de plaisir. Dans certains cas, la seclusion au lit peut être employée avec avantage. Comme moyen de coercition, on y a recours à l'égard des malades doués de mauvais instincts.

La même année que le rapport dont nous venons d'ex-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 20, p. 402, n° 21 et n° 23.

poser les parties principales, c'est-à-dire en 1854, paraissait un mémoire fort important de M. le Dr Hack Tuke; le mémoire avait pour titre :

« The progressive changes which have taken place since the time of Pinel in the moral management of the insane, and the various contrivances which have been adopted instead of mechanical restraint. » (Prize essay 1854.)

Le Dr Hack Tuke déclare d'abord qu'il désire être un historien impartial et non l'avocat de l'une des parties adverses. « Devons-nous affirmer comme certains écrivains, dit-il, que l'usage du restraint est nécessairement synonyme de barbarie, et que son abolition, dans un asile donné, suppose le seul emploi de la douceur et des moyens moraux. Nous travaillons tous dans un but commun, et il n'y a rien à gagner, mais beaucoup à perdre, si l'une des parties flétrit l'autre d'inhumanité, et appelle cruauté une divergence d'opinion sur les moyens les plus aptes à réprimer les emportements maniaques. »

Nous sortirions des bornes de notre travail en essayant de faire ici le résumé de cet ouvrage important, où le Dr Tuke expose le traitement des aliénés dans divers pays d'Europe, à la suite d'un voyage sur la continent (1853-54). Ayant visité la France dans l'hiver de 1853, il remarque que la plupart des médecins y considèrent le restraint comme nécessaire et bienfaisant, et il cite, à l'appui de son dire, le rapport du Dr Battel sur les asiles de Paris, rapport où le traitement français est opposé à l'anglais, et où la préférence est donnée à la camisole de force sur les chambres de seclusion. Le Dr Tuke loue l'intérêt et l'esprit philosophique de ce rapport, mais, ajoute-t-il, « le Dr Battel, établissant un parallèle entre les systèmes anglais et français, affirme que les Français ont la camisole et la seclusion, les Anglais la seclusion seule; quand le Dr Battel parle de cellules ou chambres séparées comme employées par les Français, il parle d'une chose tout à fait différente de ce qu'on entend en Angleterre par ces termes. La cellule de l'asile parisien est une simple chambre avec un lit; la confondre avec nos chambres soigneusement protégées, vides, capitonnées, serait de la mauvaise foi. Il n'y a ni à Bicêtre, ni à la Salpêtrière, une seule chambre séparée, sans lit, et préparée pour un malade violent, non restraint. Il n'en existe pas davantage à Charenton. Beaucoup d'arguments employés contre le restraint cesseraient d'avoir aucune force, s'il existait des chambres de seclusion convenablement préparées. Laisser un malade violent, sale, avec idées de suicide, seul dans sa chambre à coucher, est tout autre chose que de le placer dans une chambre capitonnée, dépourvue d'objets qu'il puisse abîmer, ou à l'aide desquels il lui soit possible de se blesser, enfin de le soumettre à une surveillance active au moyen d'un guichet. Le Dr Battel craint qu'un malade à idées de suicide n'atteigne son but en se frappant violemment la tête contre la muraille, appréhension parfaitement justifiée dans les asiles de Paris, mais sans fondement aucun si le malade est placé dans une chambre convenablement capitonnée, et soumis à une surveillance efficace. Il est clair que, si une expérimentation doit être faite du système du non-restraint, elle doit l'être dans les conditions spécifiées par ses champions. Autrement il est impossible de décider s'il est praticable ou non. »

Après avoir décrit l'état de la question dans les divers asiles d'Angleterre, le Dr Tuke, à la fin de son travail, expose les moyens propres à remplacer le restraint mécanique. Il faut d'abord assurer le caractère moral du gouvernement de l'asile; en ce cas, le non-restraint est praticable et bienfaisant; sinon, le système, bien que sonnant haut et agréablement à l'oreille publique, n'entraîne avec lui qu'un avantage très douteux. Le gardien doit être entraîné à ses devoirs, apprendre à se contrôler lui-même dans les situations souvent irritables où il se trouvera placé; son caractère moral doit être irréprochable et ses dispositions naturelles humaines. Ceci est plus important que les qualités physiques, bien qu'elles ne doivent en aucune façon être dédaignées dans le choix des gardiens; plus d'une lutte, en effet, entre gardien et malade sera évitée, si ce dernier est d'avance convaincu de l'inutilité absolu de tout essai de violence. Dans quelques asiles où le non-restraint est en usage, un nombre suffisant de gardiens est toujours prêt, et sur un coup de sifflet de celui qui a la charge immédiate du malade, ils entourent ce dernier qui n'offre généralement pas de résistance, et se laisse conduire à la chambre de seclusion; s'il résiste, il est entraîné sans risque de blessure pour lui et les autres. Nul gardien n'est autorisé à frapper un malade, à lui parler avec violence ou dureté.

Dans un asile de non-restraint, le nombre des gardiens doit évidemment être plus considérable que dans les établissements dirigés suivant l'ancienne méthode.

Les agités y seront séparés avec soin des malades tranquilles, des mélancoliques et des convalescents.

Le Dr Tuke décrit avec soin les chambres de *seclusion*, les *padded-rooms*, la manière dont les murs sont capitonnés. Dans beaucoup de cas, suivant lui, le malade, qui auparavant frappait, donnait des coups de pied et poussait des hurlements, se trouve subitement calmé, une fois en seclusion. Le silence complet de la chambre, l'absence d'excitation, l'impossibilité de léser quelqu'un ou quelque chose, semblent le convaincre de l'entière inutilité de céder à ses impulsions. Les malades violents seront revêtus de vêtements solides qui ne se puissent déchirer; ceinture de cuir autour de la taille, maintenant le vêtement, serrure en arrière; semelles minces pour empêcher les blessures par coups de pied. Si le malade se promène dans sa chambre et refuse de se mettre au lit, il est préférable dans beaucoup de cas, en suivant la méthode du Dr Conolly, de lui laisser-faire sa propre volonté, et de lui emprisonner les pieds dans une paire de chaudes chaussures. Enfin, la surveillance exercée par le personnel de l'asile doit être active, constante et efficace.

Nous n'avons pu malheureusement que résumer dans ses grandes lignes, et au point de vue qui nous occupe, le mémoire du Dr Hack Tuke. C'est un travail consciencieux, impartial, indiquant nettement l'état de la question et empreint de la plus pure philanthropie; on ne pouvait attendre moins du descendant de William Tuke, le fondateur de la Retraite d'York.

N'ayant pas l'intention de résumer tous les rapports des Commissaires métropolitains, car nous nous exposerions à des redites, nous citerons simplement quelques lignes du rapport de 1873. « L'emploi du restraint est pour ainsi dire aboli dans les asiles, excepté pour les cas chirurgicaux, et lorsqu'il est nécessaire de nourrir les malades de force. Dans trente-huit asiles sur les cinquante-quatre visités l'an dernier, aucun restraint n'était signalé ; dans dix, on y avait eu recours à l'égard de vingt-deux malades pour les raisons précédemment énoncées, et dans les six autres asiles pour prévenir le suicide ou la manie destructive. . . . . ». A l'asile de Wandsworth le rapport constate que sur une période d'environ seize mois, trente-trois hommes et douze femmes ont eu les mains recouvertes de gants pour les empêcher de se détruire ; quatre hommes et une femme ont porté des vêtements de restraint pendant la nuit, deux pour tendances au suicide et un pour violence. A Colney-Hatch, un épileptique très dangereux était en restraint au moyen de menottes et d'une ceinture, et le registre constatait qu'il était en cet état pendant la journée depuis neuf mois. Dix autres aliénés étaient également enregistrés comme ayant été soumis au restraint ; l'un avait eu les mains attachées et un autre avait porté des gants à deux cent cinquante-trois reprises.

Les commissaires se prononcent contre l'emploi de la seclusion, sa valeur, suivant eux, a été fort exagérée ; bien souvent on en use sans nécessité, les malades la considèrent comme une punition, et pour les gardiens, elle remplace avantageusement les soucis d'une surveillance active. Dans nombre d'asiles on n'y a plus recours.

Les rapports des commissaires métropolitains ont, comme on peut le voir, beaucoup de points communs ;

ils suivent tous le courant dirigé contre toute mesure de rigueur à l'égard des aliénés. Pour beaucoup la seclusion même n'est plus un bien, elle n'est qu'un moyen de répression, une forme dissimulée de restraint. Lorsqu'on est sur une pente glissante, il est malaisé de s'arrêter en chemin, et cette horreur obstinée de tout ce qui pourrait restraindre le malade, doit fatalement aboutir à la liberté pleine et entière. C'est là le principe des établissements d'Ecosse où est pratiqué le système des portes ouvertes, système que l'on peut définir le comble du non restraint.

Le système des portes ouvertes, dit système écossais, bien qu'il soit loin d'être adopté dans tous les asiles de l'Ecosse, a des adversaires résolus et des défenseurs fanatiques. Nous croyons nécessaire d'indiquer rapidement sur quelles bases il repose. L'effort des rénovateurs se porta d'abord contre les cours des asiles ; elles furent proclamées des foyers d'agitation où les malades, violemment excités, errant dans un étroit espace, agissaient comme une source perpétuelle de gêne et d'irritation. Les murs qui les entouraient furent donc abattus, et ne vinrent plus mettre un obstacle aux désirs de l'aliéné. Que les temps sont changés ! Jadis le grand Pinel, ayant enlevé les chaînes des maniaques violents, se félicitait du succès de son entreprise ; ces hommes, que l'on considérait comme des bêtes fauves, et dont on n'approchait qu'en tremblant, avaient en partie retrouvé le calme des anciens jours, et on les voyait errer tranquillement dans les cours de Bicêtre, revêtus du gilet de force. Près d'un demi-siècle plus tard, Conolly, dont le nom respecté n'est prononcé qu'avec une sainte vénération par les plus fanatiques partisans du système du non-restraint, célébrait les bienfaits des *airing-courts* où les malades agités, une fois libérés du gilet de force, se promenaient paisiblement, aspirant l'air pur et la liberté. Eh bien ! c'est aujourd'hui contre ces cours si vantées que l'on mène une campagne ardente, et ceux qui prennent leur défense sont traités d'arriérés. *Excelsior*, telle est, en toute chose, la devise de l'humanité ; mais qu'on y prenne garde, souvent la liberté ne mène qu'à la licence.

L'abolition des *airing-courts* ne fut qu'une étape ; bientôt on s'attaqua au système lui-même. Des gardiens se reposant sur les tours de clef et les barres de fer n'ont pas besoin, se dit-on, de surveiller les malades ; de plus ils ont le caractère et l'aspect de geôliers ; supprimons les verrous, et ces mêmes geôliers deviendront les compagnons des aliénés. De plus ceux-ci auront un moindre désir de s'échapper ; sous le régime actuel, leur esprit est constamment dirigé vers l'espérance d'une porte ouverte, et ils guettent sans cesse l'occasion favorable. Mais que les portes ne soient plus closes, il n'est pas désormais d'instant plus ou moins favorable pour prendre la fuite, et ce désir, naguère continuel, s'émousse et disparaît. L'expérience en effet a fait reconnaître que la seule pensée d'être renfermé est suffisante pour donner l'envie de sortir, et il en est de l'aliéné comme de l'homme sain. Nous nous permettrons une remarque à propos de cette dernière observation des partisans du système écossais. Les prisonniers ont, et cela est bien naturel, le désir de s'échapper dès qu'ils se sentent sous clef, mais qu'on laisse les portes ouvertes, ils n'en perdront pas davantage l'idée de s'enfuir, et la mettront même à exécution à la première occasion. Nous craignons fort qu'il n'en soit ainsi à l'égard de plus d'un aliéné, et nous préférerions ne pas leur en donner la tentation.

Pour changer le cours d'idées des malades et détourner autant que possible leur esprit des pensées de fuite et de complète indépendance, les fondateurs des asiles à portes ouvertes prônent les travaux des champs, qui en plus donnent la force et la santé ; dans ce but, de vastes fermes sont attachées aux établissements. Ce système n'est du reste pas nouveau. Pinel conseillait déjà les exercices physiques et les occupations au grand air, et de nos jours, dans plus d'un asile de l'Europe, des malades sont employés aux travaux des champs. Nous ne nous étendrons pas davantage sur le système dit écossais, et n'ayant pas visité d'asile dirigé suivant ces principes, nous ne nous permettrons pas de formuler une opinion obsolue ; nous nous contenterons de dire que ce système est loin d'être approuvé par la majorité des médecins aliénistes de la Grande-Bretagne. Il en est résulté plus d'un accident : il y a peu d'années, un malade ayant quitté un asile où rien ne s'opposait à sa sortie, pas même la surveillance des gardiens, on a retrouvé son cadavre sur la voie ferrée. Dernièrement encore, un superintendant écossais, ardent avocat du système des portes ouvertes, était en même temps partisan de la répression énergique, par les punitions, des écarts des aliénés. Etrange contraste, prôner à la fois la violence et la liberté.

Mais revenons au but de notre travail, à la question du non-restraint, et voyons si les médecins actuels de la Grande-Bretagne l'envisagent exactement de la même manière que la génération précédente. Vers l'époque de notre séjour à Londres, un des plus éminents aliénistes de cette ville, le Dr Savage, s'est trouvé en butte aux violentes attaques du journal le *Times*, et accusé dans cette feuille, par le Dr Bucknill, de recourir fréquemment au restraint mécanique. Il sembla étrange à plus d'un de voir prendre pour type de médecine rétrograde le Dr Savage, un des apôtres du traitement moral et des mesures de douceur euvers les aliénés.

L'ancien médecin chef de Bethlem fut du reste bientôt vengé des accusations de cruauté portées contre lui. Le rapport des Commissaires métropolitains constate que l'augmentation récente du restraint à Bethlem doit être plutôt attribuée à la présence simultanée dans les quartiers d'un nombre exceptionnellement considérable de malades pour qui le restraint a été jugé nécessaire, qu'à un changement délibéré de pratique ; de plus cet établissement est voué surtout au traitement de cas récents et aigus, et contient une plus large proportion de malades excités, violents et à idées de suicide.

Les attaques intempestives contre un médecin estimé et estimable ont eu pourtant un heureux résultat, celui de faire naître une intéressante discussion à la Société médicale d'Edimbourg, le 8 novembre 1888. Le Dr Yellowlees, médecin de l'asile de Gartnavel, ayant abordé résolument la question du restraint, plusieurs directeurs d'asile prirent à leur tour la parole, et exposèrent leurs vues mûries sur ce sujet. Nous tâcherons de donner un court extrait de la discussion.

Après avoir rappelé les attaques passionnées dirigées contre le Dr Savage, et fait remarquer que sa conduite avait été sanctionnée par les Commissaires métropolitains, lors de leur visite à Bedlam, le Dr Yellowlees recherche d'où provient cette frappante divergence d'opinion. Apparemment de ce que les hommes âgés sont plus proches de cette époque où le restraint était le trait le plus proéminent dans le traitement horrible et cruel auquel étaient soumis les aliénés. Leurs impressions sont plus vivantes que les nôtres. Ils se rappellent combien ardente fut la lutte avant l'émancipation des aliénés, et ils sont prêts, à la moindre provocation, à renouveler le combat, et à pousser le vieux cri de guerre. Mais ceux qui sont plus éloignés de cette grande révolution sont aussi plus aptes à apprécier son vrai caractère ; les hommes qui ont pris part à la lutte ne peuvent encore aujourd'hui contempler le sujet avec calme. Ils disent que, même si en des circonstances spéciales le restraint est nécessaire, ils ne peuvent, ne veulent, et n'osent pas s'en servir ; ils ont tant vu de ses désavantages que rien ne peut les forcer à y recourir. On peut comprendre cette pensée, et y sympathiser chez ceux qui ont été témoins des horreurs de la période du restraint. Mais si ce point de vue peu philosophique et peu sage était correct, ce devrait être une raison concluante contre l'usage du chloral, de l'opium ou de l'hyoscianine ; on ne devrait jamais prescrire d'alcool, parce qu'il y a eu des ivrognes ; ni l'exercice, parce que l'excès a pu produire la mort ; ni la nourriture, parce qu'il y a eu

des gloutons. Il est inutile de raisonner avec des gens qui de l'abus d'une chose, concluent à l'illégitimité de son emploi. Même ceux qui savent que dans l'intérêt d'un malade ils doivent recourir au restraint, s'y refusent sous prétexte qu'ils ne peuvent oublier. Le Dr Yellowlees a entendu raconter par l'un des Commissaires anglais qu'il y a environ vingt ans, il vit un aliéné maintenu à terre par deux gardiens, nuit et jour, parce qu'il était déterminé à s'arracher les yeux; il fit des observations au superintendant, disant qu'il serait plus humain et plus sûr d'attacher les mains de cet homme. Mais le superintendant déclara qu'il ne s'était jamais servi du restraint, et ne s'en servirait jamais.

Le résultat fut, qu'en dépit d'une surveillance constante, le malade finit par s'arracher les yeux. Peut-être existe-t-il encore des gens aussi obstinés ; ils justifieraient le restraint pour ce qu'ils nomment raisons chirurgicales, par exemple pour empêcher toute lésion ultérieure des globes oculaires détruits, tandis qu'avec une étrange inconséquence, ils le condamneraient entièrement s'il avait pour but de prévenir la mutilation. Le restraint serait considéré comme mauvais tant que le malade fait des efforts pour attenter à lui-même, mais comme parfaitement correct dès qu'il y a réussi. Le Dr Yellowlees demande donc que les médecins soient libres de juger les cas où cet emploi est nécessaire. Quant aux formes du restraint, curieuse est la différence d'opinion entre l'Ecosse et l'Angleterre. En Angleterre, les gants rembourrés sont regardés comme restraint et doivent être enregistrés comme tels ; en Ecosse, ils ne sont pas considérés comme restraint, même fermés par une serrure. Dans le cas du Dr Savage, le Dr Bucknill écrit : « Dix-huit malades furent soumis au restraint dans l'espace d'un mois. » Sur ces malades, dix avaient des gants, quatre des gilets maintenant les bras le long du corps de manière à empêcher la liberté des mains, deux avaient le *dry-pack* et les deux autres ce qu'on appelle le dry-pack modifié. Le Dr Yellowlees prône l'usage des gants, qu'il ne considère pas comme restraint mécanique. Pour lui, le restraint est justiciable dans quatre cas :

1° Lorsque les impulsions au suicide sont très fortes ;

2° Dans les accès de violence extrême et exceptionnelle ;

3° Dans les cas de grande violence destructive ;

4° Enfin, lorsque les aliénés ne prennent aucun repos, circulent sans cesse autour de leur chambre et se tuent ainsi lentement et comme si on leur accordait de se suicider. Veut-on préserver leur vie, il faut leur procurer le repos ; on peut recourir au lit de protection du Dr Lindsay, de Perth, ou bien au restraint manuel; mais ce dernier n'est ni aussi fidèle, ni aussi efficace, ni aussi doux, ni aussi sûr que le restraint mécanique. « Je ne suis pas, conclut le Dr Yellowlees, l'avocat du restraint mécanique, et, dans les cas ordinaires, je le regarde comme peu utile et mauvais, car ce n'est pas ce qui convient le mieux aux malades. Je le crois nécessaire dans des cas très exceptionnels, mais nous ne pouvons accepter qu'on nous impose des règles pour son emploi. Nous réclamons une entière liberté d'action pour tout médecin instruit et consciencieux qui essaie d'agir au mieux de l'intérêt de ses semblables. . . . .

« Il est simplement absurde de dire que nous avons le droit d'administrer au malade les plus mortelles potions, mais ne pouvons jamais être autorisés à lui attacher les mains, ou à l'emmailloter dans des couvertures et le fixer dans son lit. »

L'opinion du Dr Yellowlees fut approuvée par la Société, dont la majorité des membres émit l'avis que le restraint pouvait être employé lorsqu'il était nécessaire, mais dans ce cas seulement. On ne doit, du reste, y avoir recours, comme à tout moyen médical ou chirurgical, qu'après un profond examen des conséquences, et à la suite de mûres réflexions ; enfin, sous aucun prétexte, et dans aucun cas, il n'en sera fait usage sans un ordre direct du médecin.

Nous nous serions fait un reproche de ne pas reproduire les arguments émis par le Dr Yellowlees et les membres de la Société médicale d'Edimbourg, car il sont frappés au coin du bon sens et de la vraie philanthropie. La même thèse se trouve exposée dans le 43e rapport des Commissaires métropolitains (juin 1889), où nous trouvons les lignes suivantes : « L'emploi du restraint n'est pas interdit, bien qu'il soit loin d'être encouragé par les statuts en vigueur ; les précautions salutaires qui exigent qu'on enregistre soigneusement tout recours au restraint, en ont beaucoup réduit l'usage ; cependant nous ne pouvons le condamner dans chaque cas sans exception, car agir ainsi serait contraire aux intérêts des malades eux-mêmes. Il y a toujours, suivant nous, quelques cas où il est nécessaire, et une forme douce de restraint mécanique, telle que gants, manches ou camisole, est parfois préférable au restraint manuel, et moins irritant. Nous désapprouvons toute espèce de restraint mécanique dans le but d'économiser des gardiens, ou simplement pour empêcher la destruction des vêtements ou de la literie... »

Les Commissaires métropolitains admettent par conséquent le restraint dans les cas indispensables. Le même principe se trouve exprimé dans la nouvelle loi sur les aliénés, qui entrera en vigueur en Angleterre au mois de mai 1890. Cette loi, dans beaucoup de ses parties, a été assez défavorablement accueillie par le public médical, mais nous n'avons pas à l'examiner ici, et nous reproduirons simplement les règles relatives à la question qui nous occupe :

« Les moyens mécaniques de restraint corporel ne seront appliqués que dans un but médical ou chirurgical, et pour empêcher les aliénés d'attenter à eux-mêmes ou aux autres.

« Dans chaque cas sera signé un certificat médical décrivant les moyens employés, et les raisons qui y ont fait recourir.

« Le certificat sera signé par le superintendant.

Un rapport quotidien et circonstancié concernant chaque cas sera envoyé tous les trois mois aux Commissaires. »

C'est la première fois, dans l'histoire de l'aliénation en Angleterre, que le restraint mécanique est formellement reconnu par un Act du Parlement. La raison doit en être recherchée dans le changement qui s'est produit dans les esprits. Le principe immuable du non-restraint a eu autrefois sa raison d'être ; lorsque Conolly est arrivé à Hanwell, on avait encore recours aux chaînes, et les aliénés, dans un grand nombre d'asiles, étaient traités avec autant de barbarie que si Pinel n'avait pas accompli sa grande œuvre, que si William Tuke n'avait pas prêché la douceur et l'humanité. Pour rompre définitivement avec ces coutumes d'un autre âge, pour prévenir à jamais leur funeste retour, il fut bon d'établir des règles abstraites, absolues. Mais les temps ne sont plus les mêmes, et il n'est pas aujourd'hui, nous osons l'affirmer, un directeur d'asile qui aurait la pensée de recourir à ces procédés si cruels, si peu dignes d'un homme éclairé. Il est étrange de voir exprimer à cet égard des craintes puériles, et d'entendre taxer de rétrogrades ceux qui réclament le droit pour tout médecin aliéniste de recourir exceptionnellement au restraint, lorsqu'il le juge absolument indispensable. Camisole, seclusion, force manuelle, ne sont que des formes différentes de restraint, et celui qui a mission d'assister un malade doit être seul juge du traitement à appliquer. S'il est un principe vrai, un seul dont on n'a jamais le droit de s'écarter, c'est de se souvenir qu'on a charge de soigner, et si possible de guérir, un malheureux dont la raison est égarée ; dans ce but, qu'on réunisse tout son savoir, toute son âme, et, quels que soient les moyens employés, on sera toujours sûr d'avoir fait son devoir.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide naturaliste au musée d'histoire naturelle, commencera mardi prochain 10 juin, à 4 h. 1/4, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Muséum, la seconde partie du cours public de géologie. Il traitera des manifestations géologiques de l'époque actuelle. Le cours continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

VARIA

L'Hypnotisme employé comme anesthésique.

Un certain nombre de médecins se sont rassemblés chez MM. Carter frères et Turner, chirurgiens-dentistes de Paris Square à Luds, le 28 mars, pour assister à une série d'opérations chirurgicales et dentaires faites sous l'influence de l'hypnotisme, sous la conduite du Dr Milne Bramwell, de Goole-Yorkshire. Le Dr Bramwell est un maître dans l'art de l'hypnotisme, et sa présence avait excité l'intérêt. L'assemblée se composait d'une soixantaine de médecins environ. Le but était de montrer que l'on peut obtenir l'anesthésie, même complète, par l'hypnotisme, dans des opérations très douloureuses. Le premier cas fut celui d'une femme de 25 ans. Elle fut endormie par le Dr Bramwell, qui lui dit qu'on lui arracherait trois dents sans douleur et qu'elle ne devrait faire d'autres mouvements que ceux commandés par M. Carter, l'opérateur. Réveillée, elle déclara qu'elle n'avait pas du tout souffert.

Le deuxième cas fut celui d'une domestique de 19 ans qui, dans l'état hypnotique, avait été opérée d'un abcès lacrymal, sans douleur, par M. Hewetson. On l'endormit par la lecture de la lettre suivante :

« Cher M. Turner, je vous envoie une malade avec l'ordre ci-contre. Quand vous le lui donnerez, elle s'endormira aussitôt et obéira à vos ordres. J. Milne Bramwell.

« Ordre. — Endormez-vous de suite par l'ordre du Dr Bramwell et obéissez aux ordres de M. Turner. »

L'expérience réussit et le sommeil fut si profond qu'on lui enleva 16 chicots sans douleur. Pendant le sommeil on remarqua une diminution de la salive, une abolition du réflexe cornéen, une respiration plus bruyante et un pouls plus lent.

Le Dr Bramwell fit remarquer que le cas suivant, un garçon de 8 ans, était plus réfractaire, tant à cause de son âge que parce qu'on ne l'avait entraîné au sommeil que depuis deux jours. Néanmoins le succès fut assez grand pour qu'on puisse lui faire une opération sur le gros orteil. M. Mage Brabson lui enlève une exostose et la moitié de la première phalange. Il ne poussa que quelques cris à la fin de l'opération, et une fois réveillé il n'a pas semblé se rendre compte de ce qui s'était passé.

Ensuite le Dr Heinetson enleva dans les mêmes conditions les amygdales à une fille de 15 ans; il enleva aussi un kyste de la grandeur d'une fève à une jeune femme.

Le Dr Turner enleva deux dents à un homme qui avait été guéri de l'alcoolisme par la suggestion.

M. Carter enleva un chicot à un homme guéri par l'hypnotisme d'une névralgie faciale rebelle. Cet homme dormait la nuit par l'ordre que le Dr Bramwell lui envoyait par lettre ou par télégramme.

L'assemblée a été levée après avoir adressé un témoignage de remerciement au Dr Bramwell. (*British med. Journal*, 5-4-90).

Ces faits là ne sont pas nouveaux. Rappelons qu'il y a longtemps que Broca et Azam ont employé ainsi l'hypnotisme dans le but d'opérer des malades sans les faire souffrir. Récemment enfin, M. Mesnet a rappelé à l'Académie de médecine que M. Tillaux avait pu opérer dans son service une malade hypnotisée.

Hygiène des Armées.

La Fièvre typhoïde à l'Armée.

Nous avons annoncé dernièrement que le Dr Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé, avait été envoyé à Dinan pour y rechercher les causes de l'épidémie qui régnait sur la garnison de Dinan. Il a été reconnu que le mal doit être attribué à la négligence des soldats eux-mêmes qui, en dépit de la défense qui leur a été faite, ont bu de l'eau contaminée. Ainsi, il est établi une fois de plus qu'un des agents les plus actifs de la fièvre typhoïde est l'eau de mauvaise qualité, et c'est pourquoi le service de santé poursuit sans cesse, depuis quelques années, l'établissement d'un régime d'eau qui permette d'alimenter sainement toutes les casernes. Malheureusement, les soldats eux-mêmes s'écartent parfois des prescriptions faites par le service médical. Et il n'en faut pas plus pour donner naissance à une épidémie. Voici, d'après le *Temps*, au point de vue de la *fièvre typhoïde*, l'état sanitaire de l'armée depuis le commencement de cette année : dans le mois de janvier 1889, on avait compté 274 entrées dans les hopitaux. En janvier 1890, on en a compté seulement 92. En février 1889, on avait compté 262 entrées, et, en février 1890, on en a compté 189. Pour janvier 1890, les entrées se repartissent de la façon suivante par corps d'armée : gouvernement militaire de Paris, 13; 1er corps, 1; 2e corps, 2; 3e corps, 4; 4e corps, 3; 5e corps, 4; 6e corps, 6; 7e corps, 1; 8e corps, 1; 9e corps, 31; 10e corps, 6; 11e corps, 3; 12e et 13e corps, 0; 14e corps, 3; 15e corps, 7; 16e corps, 4; 17e corps, 2; 18e corps, 1. Pour le mois de février, les entrées se répartissent de la façon suivante : Gouvernement militaire de Paris, 16; 1er corps, 3; 2e corps, 7; 3e corps, 2; 4e corps, 9; 5e corps; 29; 6e corps, 12; 7e corps, 4; 8e corps, 1; 9e corps, 18; 10e corps, 17; 11e corps, 9; 12e corps, 33; 13e corps, 0; 14e corps, 12; 15e corps, 5; 16e corps, 8; 17e corps, 2; 18e corps, 2. Les chiffres qui précèdent indiquent une amélioration assez sensible. Le plus favorisé de nos corps d'armée est le 13e corps qui se distingue par un état sanitaire excellent.

Il faudrait pouvoir espérer un semblable résultat dans tous les autres corps. Pour s'en rapprocher, il est nécessaire que le commandement, c'est-à-dire les officiers de troupe, usent de leur influence et, au besoin, de leur autorité pour seconder les efforts que fait le service de santé en vue d'améliorer encore par une hygiène bien comprise l'état sanitaire de l'armée.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1890, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	8	17	1	26
2e	11	23	2	36
3e	36	41	2	79
4e	41	75	12	128
5e	36	48	12	96
6e	16	35	5	56
7e	12	17	1	30
8e	11	12	2	25
9e	17	13	1	31
10e	22	40	5	67
11e	82	160	53	295
12e	32	65	38	135
13e	60	79	35	174
14e	71	78	45	194
15e	64	83	25	172
16e	14	18	7	39
17e	52	88	21	161
18e	76	135	42	253
19e	75	83	32	190
20e	101	153	68	322
	837	1263	409	2509

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	138
Croup	48
Coqueluche	14
Corps étrangers de l'œsophage	2
Ophthalmie	»
Otite	1
B	
Asthme	79
Affections du cœur.	87
Bronchites aiguës et chroniques	210
Pleuro-pneumonie.	186
Congestion pulmonaire	62
Grippe	93
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	125
Cholérine	44
Dysentérie	4
Athrepsie	45
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	77
Hernie étranglée	30
Rétention d'urine	14
Fissure à l'anus	»
Orchite	7
Chute du rectum	»
Vulvo-vaginite	1
D	
Métrite, Métro-péritonite	53
Métrorrhagie	55
Fausse-couche	57
Accouc. Délivrance	213
Accouc. non terminé	38
E	
Affect. cérébrales	120
Eclampsie. Convuls.	98
Paralysies	»
Névralgies	27
Névroses	76
Epilepsie	25
Aliénation mentale.	9
Alcoolisme. Delirium tremens.	11
Rage	»
F	
Rhumatisme	49
Affections éruptives	72
Pustule maligne.	»
Fièvre intermitt.	5
Fièvre typhoïde.	25
Hémorrhagies de causes internes et externes.	89
G	
Plaies. Contusions.	95
Fractures. Luxations. Entorses	26
Brûlures	6
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements.	16
Asphyxie par le charbon	8
— submersion.	»
Suicide	5
H	
Morts à l'arrivée du médecin	67
Total.	2509

La moyenne des visites par nuit est de 27 88/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,83/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1889.		2,103
—	— 1890.	2,509
Différence en plus.		406

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Poirier, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Segond, Gley. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Hayem, Brissaud, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, Rendu, Chauffard.

Mardi 17. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Peter, Debove, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Proust, Duguet, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — (2e *Série*) : MM. Lefort, Polaillon, Maygrier. —

(2e partie) : MM. Ball, Ballet, Hallopeau. — 5e de Doctorat (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Bar. — (2e partie) (1re Série) : MM. G. Sée, Hanot, Gilbert. — (2e Série) : MM. Cornil, Hutinel, Quinquaud.

MERCREDI 18. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Poirier, Reynier. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 4e de Doctorat (1re Série) : MM. Hayem, Chauffard, Déjerine. — (2e Série) : MM. Rendu, A. Robin, Pouchet. — (3e Série) : MM. Fournier, Netter, Chantemesse. — 5e de Doctorat (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re Série) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e Série) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

JEUDI 19. — Dissection : MM. Lefort, Polaillon, Schwartz. — 2e de Doctorat oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e de Doctorat oral (1re partie) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Hallopeau. — 4e de Doctorat (1re Série) : MM. G. Sée, Duguet, Quinquaud. — (2e Série) : MM. Peter, Proust, Gilbert. — (3e Série) : MM. Ball, Cornil, Hanot. — (4e Série) : MM. Laboulbène, Hutinel, Ballet.

VENDREDI 20. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Ricard, Tuffier. — 2e de Doctorat oral (1re partie) : MM. Delens, Reynier, Poirier. — 3e de Doctorat (2e partie) MM. Fournier, Brissaud, Netter. — 4e de Doctorat (1re Série) : MM. Potain, A. Robin, Pouchet. — (2e Série) : MM. Straus, Rendu, Chantemesse. — 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) (1re Série) : MM. Pinard, Segond, Jalaguier. — (2e Série) : MM. Lannelongue, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Cornil, Déjerine, Chauffard.

SAMEDI 21. — 2e de Doctorat oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 4e de Doctorat : MM. Debove, Hallopeau, Villejean. — 5e de Doctorat (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re Série) : MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — (2e Série) : MM. Duplay, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Hutinel, Netter. 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Brun, Nélaton. — (1re Série) : MM. Peter, Duguet, Ballet. — (2e Série) : MM. Dieulafoy, Hanot, Gilbert.

Les Fêtes du Centenaire de l'Université de Montpellier.

L'abondance des matières nous oblige à reporter au prochain numéro la suite de la relation de ces fêtes.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er juin 1890 au samedi 7 juin 1890, les naissances ont été au nombre de 1071 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 412 ; illégitimes, 134, Total, 546. — *Sexe féminin :* légitimes, 377 ; illégitimes, 148, Total, 525.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er juin 1890 au samedi 7 juin 1890, les décès ont été au nombre de 936 savoir : 493 hommes et 443 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 7, T. 12. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 32, F. 37, T. 69. — Scarlatine : M. 3, F. 6, T. 9. — Coqueluche : M. 7, F. 7, T. 14. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 8, T. 22. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 69, T. 164. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 4, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 25, T. 42. — Méningite simple : M. 16, F. 21, T. 42. — Congestion. et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 21, T. 42. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 2 F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 20, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 14, T. 28. — Bronchite chronique : M. 9, F. 12, T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 12, T. 26. — Pneumonie : M. 17, F. 15, T. 32. — Gastro-entérite, biberon, M. 30, F. 23, T. 53. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 8, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0. T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 9, F. 12, T. 21. — Sénilité : M. 7, F. 20, T. 27. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes : M. 12. F. 8, T. 20. — Autres causes de mort : M. 95, F. 69, T. 164. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 13. Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 29 ; illégitimes, 6. Total : 35.

ECOLE POLYTECHNIQUE. — Le Ministre de la guerre a soumis au conseil le résultat des études faites simultanément par le service du génie militaire et par celui des batiments civils en vue du transfert éventuel de l'École Polytechnique à Saint-Cloud. Il résulte de ces études que le déplacement de cette Ecole entrainerait un accroissement considérable de dépenses. Le conseil a décidé le maintien de l'Ecole sur son emplacement. Une demande de crédit sera faite pour pourvoir aux améliorations nécessaires. On ne peut qu'applaudir à cette solution, qui nous paraît la plus conforme aux intérêts scientifiques des élèves de l'Ecole polytechnique, qui pourront continuer à être en rapport avec les autres centres d'enseignement et avec leurs camarades des autres Facultés. Ces relations, qui étaient plus étendues autrefois que dans ces dernières années, ne pourraient que contribuer à accroître l'éducation générale. Quant aux améliorations dont on parle, elles sont absolument indispensables au point de vue de l'hygiène ; ce n'est pas, en effet, les vieilles constructions de l'Ecole qui pourront donner aux futurs ingénieurs des idées exactes sur les conditions hygiéniques à remplir quand ils auront à diriger des travaux sanitaires.

ECOLE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Nous relevons, dans le compte rendu de l'une des dernières séances du Conseil municipal de Bordeaux (28 mai), le passage suivant relatif à l'Ecole de santé navale : M. le Maire donne lecture d'une lettre par laquelle le Ministre de la marine l'informe qu'à la suite de l'examen fait par les délégués de son département dans les différentes villes qui s'étaient mises en instance pour obtenir l'Ecole de santé de la marine, il a été reconnu que la ville de Bordeaux réalisait, à divers points de vue, des conditions favorables pour l'installation de l'Ecole. M. le Ministre demande que le Conseil vote aujourd'hui une délibération modifiant les propositions déjà faites par la ville. « En conséquence, le Conseil vote, sur la proposition de l'administration, la délibération suivante : 1° La ville prendra annuellement à sa charge quinze bourses avec trousseaux, réparties sur les trois années. 2° Chaque année une somme de 8,500 fr. sera allouée à l'Ecole, de façon à libérer la ville de toutes dépenses contributives d'éclairage, de chauffage, d'entretien locatif de l'immeuble et des réparations courantes du mobilier. » — Cette fois, il n'y a plus à en douter ; c'est bien Bordeaux qui l'emporte sur Montpellier et sur Marseille. L'Ecole du service de santé de la marine aura son siège établi dans notre ville. Toutes nos félicitations à l'administration et au Conseil municipal. (*J. de Méd. de Bord.*).

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. BELLOT (Henri), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide-préparateur d'hygiène et de médecine légale et de maladie des pays chauds, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger (emploi nouveau). — M. DENIS (Edmond-Albert), docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Sabadini, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. ROMEYER (Jean-Paul-Joseph-Marcellin), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — La réunion de 1890 aura lieu à Birmingham, du 29 juin au 1er août, sous la présidence de MM. Wheelkouse (de Leeds), Willougby, J. Wade (de Birmingham), et Th. Bridgwater (de Harrow on the Hill). Les adresses seront lues pour la médecine par M. W. Poster (de Birmingham), pour la chirurgie, par M. Dawson Tart (de Birmingham), et pour la thérapeutique par M. W. H. Broadbent (de Londres).

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE. — Dans sa séance du 19 juin 1890, le Comité a été appelé à présenter une liste de trois candidats pour la place restée vacante par le départ de M. le Dr Richard. Il a présenté en 1re ligne, M. le Dr Ogier, auditeur près dudit comité (18 voix sur 29) ; en 2e ligne, M. le Dr Rochard ; en 3e ligne, M. le Dr Drouineau.

INSTITUT PASTEUR. — Le samedi 24 mai, se sont réunis à l'Institut Pasteur l'ambassadeur d'Angleterre, lord Lytton, et plusieurs notabilités des colonies anglaises et américaines. Mme Priesley, femme du docteur Priesley, a remis à M. Pasteur un album où un grand nombre de notabilités anglaises et américaines avaient inscrit leurs noms.

LA MÉDECINE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — M. Constans, ministre de l'intérieur, a communiqué au Conseil le texte du projet de loi sur l'exercice de la médecine qu'il vient d'élaborer de concert avec son collègue de l'instruction publique et qu'il va déposer sur le bureau de la Chambre.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion Géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 15 juin 1890, à Grignon-Thiverval et Beynes. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à 7 heures moins 10 minutes du matin, le train pour Plai-

sir-Grignon. On sera rentré à Paris à 6 heures. — *Nota.* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

NOMINATIONS. — M. H. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, vient d'être nommé membre de l'assemblée de l'Institut Pasteur.

NÉVROPATHIE : Melle LOUISE MICHEL. — Sur un rapport médical concluant à l'irresponsabilité de Mlle Louise Michel, le juge d'instruction a rendu en sa faveur une ordonnance de non-lieu, à la suite de laquelle la prévenue avait été transférée à l'hospice de Vienne (Isère). M. Constans, avisé de ce fait, a télégraphié au préfet de l'Isère pour lui prescrire de laisser toute liberté à Mlle Louise Michel, qui pourra à son gré rester à l'hôpital ou en sortir.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'argent de 1re classe a été décernée à M. le Dr Couturier (de Saint-Etienne), et une médaille d'argent de deuxième classe à M. le Dr Montagnon, pour leur dévouement lors du coup de grisou du 3 juillet 1889, aux puits Verpilleux et Saint-Louis (Loire).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 9 juin 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. 2° Communication de la commission chargée de l'étude du projet d'organisation des « Archives de la médecine légale » ; 3° Présentation de deux brochures de M. le Pr Jaumes, de Montpellier ; 4° Communications diverses.

SOCIÉTÉ HUFELAND. — *Prix.* — Dans sa séance du 21 avril, cette Société a mis en concours, pour les prix Alvarenga, les deux questions suivantes : 1° *L'épidémie d'influenza en* 1889-90 : Histoire, étiologie, pathologie, traitement et complications ; 2° *De la responsabilité légale des médecins en ce qui concerne l'administration du chloroforme et des autres agents anesthésiques.* Les mémoires écrits en allemand, français ou anglais doivent parvenir au secrétaire, M. A. Liebreich (à Berlin), avant le 1er avril 1891.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN EN 1890. — Le Ministre de l'intérieur a désigné pour représenter le département de l'hygiène au Xe Congrès international de médecine qui se tiendra, du 4 au 9 août prochain, à Berlin, M. le Dr Proust, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires, M. le Dr Netter, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et M. le Dr Valude, à l'hôpital des Quinze-vingts.

NOMINATIONS. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami, M. le Dr Dodin (de Challans), un des vaillants défenseurs de la République dans le Marais vendéen, vient d'être nommé Chevalier du Mérite agricole. — Est nommé officier d'académie : M. Guillemet, (pharmacien à la Roche-sur-Yon. (Voyage du Ministre à l'occasion du concours régional).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du protectorat.* — La deuxième épreuve (physiologie) de ce concours a eu lieu vendredi 13 juin. Question posée (épreuve orale) : *Action du pneumogastrique sur la circulation.* — Voici les notes obtenues à la dernière épreuve (anatomie) : M. Chevalier, 22 ; M. Dagron, 22 ; M. Mauclaire, 22 ; M. Leguen, 28 ; M. Jonnesco, 23 ; M. Regnauld, 27.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du Dr MEYHOEFER (de Nice) qui était un des représentants de l'homéopathie. — M. le Dr ALBA (d'Attignéville) ; — M. le Dr ALMARIC (de Saint-Amans-Soult) ; — M. le Dr LANTIER (de Paris) ; — M. le Dr LAURENT (de Vincennes) ; — M. le Dr LEBON (de Romillé) ; — M. le Dr NOULET (de Toulouse) ; — Nous apprenons la mort tragique de M. le Dr BERTHERAND, directeur du *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.* M. Bertherand, en qualité de délégué du Conseil départemental d'hygiène, était, à l'occasion des vacances de la Pentecôte, en tournée d'inspection des pharmacies dans la région de Médeah. Il se rendait à la ferme modèle de Moudjabeur, où il se proposait d'inspecter un dépôt de médicaments. Mais, pour y arriver, il lui fallut traverser à gué l'Oued-El-Hanoun, petit affluent du Chelif. Ce ruisseau, grossi par de récents orages, s'était converti en torrent très violent qui entraîna le Dr Bertherand. Notre malheureux confrère y a trouvé la mort. (*Courr. Médical*). — M. le Dr VACHER (d'Angoulême).

VACCIN DE GÉNISSE pour 5 personnes, 75 c. — Pour 20 personnes, 1 fr. 50. — Echantillons gratuits. Dr Chaumier, à Tours.

POSTE MÉDICAL EN VENDÉE. — Poste médical vacant ; excellent avec la pharmacie ; à prendre de suite et gratuitement. — S'adresser au bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie LECROSNIER et BABÉ, Place de l'Ecole-de-Médecine.

ENCYCLOPÉDIE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PUBLIQUE. — Publié sous la direction du docteur Jules ROCHARD. Vient de paraître du Tome II le fascicule 4 (Boissons). Volume in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Cet ouvrage comprendra 10 vol. : Souscription à forfait à l'ouvrage complet . . . . . 120 fr.

HAMMOND (W.-A.). — L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme. Volume in-18 de 288 pages. Prix . . . . 3 fr. 50.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine). — *Conférences Cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure. Opérations le mercredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr QUINQUAUD commencera le mercredi 18 juin, à 4 h. de l'après-midi, une série de conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu ; il les continuera les mardis suivants à la même heure (hopital Saint-Louis, salle des Conférences).

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. HALLOPEAU, samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le samedi, à 9 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 JUIN 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Thromboses des veines mésaraïques ;

par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

La thrombose des troncs veineux du mésentère et les lésions de la muqueuse intestinale qu'on observe constamment avec elle forment un ensemble de lésions assez rarement décrites. Nous avons eu l'occasion de l'observer deux fois, l'année dernière, dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Albert Gombault, à l'Hospice d'Ivry, et nous voudrions attirer l'attention sur la symptomatologie très particulière de cet état, ainsi que sur les réflexions que sa pathogénie peut inspirer.

Le résumé de quelques-unes des observations qui existent dans la science permettra de préciser, mieux qu'un tableau d'ensemble, les caractères de l'affection qui nous occupe et de mettre en relief ses deux traits principaux, le sphacèle de la muqueuse et l'occlusion des veines.

Le premier cas que nous avons vu concerne un homme de 72 ans, d'apparence athlétique, très robuste, obèse, porteur de varices de jambes développées (1). Il fut pris subitement, en sciant du bois, d'une douleur vive au bas-ventre ; peu d'heures après survinrent des nausées, des vomissements et le ventre se ballonna. Il entra le lendemain à l'infirmerie ; le ventre était très tendu, douloureux ; il n'y avait pas de selles, mais des vomissements assez abondants de matières noires comme du marc de café : mort dans la nuit.

A l'autopsie, les intestins tympanisés font saillie hors de l'abdomen. Une anse de l'intestin grêle composée de deux circonvolutions se présente superficiellement et *tranche sur le reste par sa coloration rouge foncé*. Elle est moyennement dilatée, recouverte de néo-membranes extrêmement minces et fragiles. Il n'y a nulle part ailleurs de traces de péritonite. L'intestin ouvert est d'un rouge de cuivre, parsemé de plaques minces, jaunâtres, d'apparence néo-membraneuse et résultant du sphacèle de la muqueuse. La longueur de l'intestin envahi est d'environ 40 centimètres. Le mésentère forme un large gâteau très dur, apoplexié, épais de 2 centimètres. Sur sa coupe on voit les veines dilatées, remplies de caillots rouges qui sont en partie fibrineux sur la paroi latérale des vaisseaux d'un certain volume. Au microscope, toutes les couches du mésentère ainsi que les tuniques de l'intestin sont infiltrées de globules rouges tassés. Les glandes en tubes et les villosités sont en grande partie disparues ; il ne reste plus qu'un chorion frangé dont la partie superficielle est en nécrobiose.

Au mois de décembre dernier, nous pratiquâmes l'autopsie d'une femme de 70 ans, de forte stature, très obèse, morte rapidement dans son dortoir, sans avoir passé par l'infirmerie. Les accidents avaient donc marché très vite. Le ventre était très ballonné ; le mésentère et les intestins présentaient une surcharge graisseuse considérable. Rien dans les différents organes ne pouvait expliquer cette mort si prompte, quand l'attention fut attirée par la *teinte violacée d'une portion de l'intestin grêle* située à droite du mésentère. Cette coloration s'étendait sur une longueur d'environ 60 centimètres et s'éteignait graduellement pour faire place à la teinte grise du reste de l'intestin. Le canal étant ouvert, on vit que dans le point correspondant à cette teinte vineuse la muqueuse était sphacélée superficiellement. Elle répandait une odeur aigrelette spéciale, était d'une coloration jaune opaque et se montrait à ce point friable que, par places, il n'en subsistait que de petits grumeaux formant un sablé sur le chorion dont les veines étaient remplies de sang.

A l'examen histologique, on constata la réplétion des veines par des caillots dans lesquels les globules rouges étaient en partie détruits. Les artérioles de l'intestin n'étaient pas dilatées. L'épithélium des villosités est tout entier tombé ; celui des glandes est composé de cellules en nécrobiose. Elles sont opaques, se colorent fortement par les principaux réactifs, mais leur contenu paraît entièrement homogène et l'on n'y voit pas un seul noyau, même après l'action de l'hématoxyline ou du carmin d'alun. Le tissu du chorion, en beaucoup de points, est sphacélé aussi et ne contient plus de noyaux colorables ; ses fibres sont à contour confus. Les fibres musculaires lisses, au contraire, se colorent encore et d'autant mieux qu'elles sont plus rapprochées du péritoine. Dans quelques-unes des glandes, non dans toutes, il existe des accumulations considérables de microbes ronds qui les obstruent et qui fixent avec intensité les matières colorantes. Le foie présente une infiltration embryonnaire assez marquée autour des espaces portes, et, de place en place, des îlots de prolifération cellulaire des cellules hépatiques qui contiennent alors plusieurs noyaux. Il existe des marbrures de dégénérescence graisseuse étendues ; enfin on trouve des amas intra-lobulaires caractérisés par de petits foyers de cellules rondes entourant des îlots de cellules hépatiques nécrosées et ces amas ont exactement la situation et la forme des infarctus infectieux du foie signalés au cours de différentes maladies, éclampsie, pneumonie, septicémie, typhus, etc.

Ces deux observations, qui se complètent l'une par l'autre, présentent des caractères assez nets que nous retrouverons dans celles qui proviennent d'autres auteurs. Chuquet (1) rapporte l'histoire d'un homme de 62 ans, atteint d'une cirrhose atrophique avec œdème des membres inférieurs et ascite, et qui mourut rapidement dans le coma, après avoir été amené d'urgence à l'hôpital. A l'autopsie, il s'écoule trois à quatre litres de sérosité citrine, l'intestin apparaît comme lavé, sauf au niveau d'une circonvolution qui attire l'attention par son aspect insolite. *Elle est d'un brun rougeâtre, rappelant la couleur de l'intestin sphacélé* et, de fait, la première idée est celle d'une gangrène limitée du viscère. Le mésentère à son insertion est épaissi, triplé et même quadruplé de volume. L'intestin ne s'affaisse pas, ses parois sont rigides, la muqueuse est

(1) A. Pilliet. — *Thrombose de la veine mésaraïque*. Soc. Anat., p. 197, 1889.

(1) Chuquet. — *Thrombose d'une des branches de la grande veine mésaraïque, etc.* Bull. Soc. Anat., 1878, p. 124.

tuméfiée. Il n'y a pas de sang dans la cavité. Toutes les veines sont pleines de caillots noirâtres qui se prolongent jusqu'au tronc de la grande mésaraïque. Comme lésions histologiques, on relève surtout l'infiltration sanguine. Charles Leroux (1) a vu, au cours d'une cirrhose, chez un sujet de 48 ans, la mort survenir par hématémèse. La veine porte était remplie par un caillot en partie fibrineux, la muqueuse de l'intestin grêle était ecchymotique par places et remplie d'un liquide mélanique. Leduc, en 1881, publie dans le *Progrès médical* un cas semblable, mais il s'agit plutôt dans ces observations de thrombose porte, de pyléphlébite adhésive que de thrombose mésaraïque ; c'est l'état de la veine porte qui domine et non l'état de l'intestin. Quatre ans plus tard, le regretté Ferdinand Dreyfous, à l'occasion d'un cas typique, étudie à son tour cette lésion et en rapporte d'autres exemples.

Le premier cas de F. Dreyfous (2) concerne un cocher de 52 ans, ascitique, plusieurs fois ponctionné. Cette ascite était liée à une cirrhose veineuse du foie. Un jour il est pris de douleurs généralisées à tout le ventre, avec vomissements bilieux et dyspnée. Le surlendemain, le malade souffrant toujours réclame une nouvelle ponction qui le soulage momentanément. Il meurt en trois jours, sans avoir présenté ni hématémèse ni melœna.

A l'autopsie, on constate, outre l'ascite, la présence dans le flanc droit d'*anses intestinales d'une coloration rouge noir*. Ces anses représentant une longueur approximative de 80 centimètres, ressemblent à des anses herniées et tranchent nettement par leur coloration sur le ton du reste de l'intestin. La surface de ces anses est parsemée de petites élevures noires de la grosseur d'une tête d'épingle, qui ne sont autre chose que de petits épanchements sanguins. Il existe de l'œdème de l'intestin et du mésentère qui offre une paroi de 3 centimètres d'épaisseur et se laisse déprimer sous le doigt. Toutes les veines qui parcourent ce feuillet sont distinctes et dures au toucher.

L'intestin ouvert est rempli par du sang noir, à demi coagulé, la muqueuse offre une teinte vineuse, les parois sont très épaissies et comme gorgées de sang. Sur la coupe du mésentère, toutes les branches veineuses se rendant aux anses violacées sont oblitérées par des caillots cruoriques récents. Si l'on suit la plus grosse de ces branches veineuses, on arrive à un caillot plus ancien, adhérent à la paroi, long de 4 à 5 centimètres, qui occupe une des divisions de la veine mésentérique supérieure. Le foie (800 gr.) est en cirrhose atrophique. L'examen histologique montre sur le tronc de la grande veine mésaraïque les lésions de la thrombophlébite, caillot adhérent, vascularisé, etc. Dans l'intestin on peut seulement noter l'infiltration sanguine considérable. La seconde observation citée par Dreyfous est celle de Chuquet que nous avons déjà rapportée.

La troisième observation concerne une femme de 49 ans, atteinte de cirrhose hépatique syphilitique avec grosse ascite. Elle est prise subitement d'hématémèse après une ponction, puis douleurs vives dans l'abdomen, sans selles, prostration, respiration fréquente, sans participation du diaphragme ; mort en 2 jours.

A l'autopsie, légère ascite. L'intestin grêle, à 25 centimètres au-dessous du duodénum, *présente une coloration violacée* qui s'étend sur une longueur de 1 mèt. environ et qui est due à l'infiltration des tuniques par du sang encore à l'état liquide ; il y a une véritable hémorrhagie interstitielle. L'estomac est très dilaté et la muqueuse laisse voir un piqueté hémorrhagique dans presque toute son étendue, ce qui explique l'hématémèse. Les veines mésentériques sont complètement bouchées par un caillot semi-fibrineux, semi-cruorique. Cette obstruction commence au niveau du bord libre de l'intestin et remonte jusqu'à la veine porte.

Enfin Dreyfous rapporte une thrombose cachectique (?) consécutive à un épithélioma non ulcéré du rectum. Il s'agit d'un homme de 40 ans, atteint d'une tumeur de la partie moyenne du rectum, qui mourut presque subitement, après deux jours d'arrêt des selles, sans vomissements, sans hématémèse ni melœna, en un mot sans phénomènes caractéristiques.

A l'autopsie, pratiquée par M. Straus, on trouve une légère ascite, mais ce qui frappe, c'est la coloration rouge lie de vin que présente une portion des circonvolutions de l'intestin grêle. Cette coloration qui frappe le regard s'étend sur une longueur de 60 cent. environ et porte sur la partie terminale de l'intestin grêle. *On dirait une anse intestinale engouée par un étranglement herniaire*. Les parois de l'intestin sont dilatées, épaissies, comme œdémateuses. Au niveau de l'insertion du mésentère existe une vive injection, rouge hortensia, des premières radicules veineuses. Cette injection s'étend aux branches d'origine de la veine mésentérique supérieure. En ouvrant ces veines sous la sonde cannelée, on voit qu'elles sont très élargies, remplies par des caillots d'un blanc rougeâtre. En coupant le mésentère à son insertion sur l'intestin, on trouve également de petits caillots récents dans les rameaux veineux. La muqueuse a une coloration rouge noisette, un filet d'eau en détache facilement des lambeaux épithéliaux. Sur les principales veines du mésentère se trouvent des coagulations récentes obstruant la lumière du vaisseau. Le long du gros intestin existe une *surcharge adipeuse* considérable. A l'examen histologique, fait par M. Straus, on a constaté la desquamation de la muqueuse, l'infiltration sanguine des villosités, qui paraissent presque entièrement composées de globules rouges, et la réplétion, avec thrombo-phlébite, des vaisseaux de la musculaire muqueuse et du chorion. Dreyfous accorde naturellement une grande importance à la cirrhose comme pathogénie. Il pense que le diagnostic pendant la vie ne peut être que très difficile. Il inspira sur ce sujet une thèse qui reprend les observations que nous venons d'analyser, celle d'Alexandre Année (1) où nous trouvons encore confondues la pyléphlébite et les lésions limitées aux mésaraïques.

On voit par ces résumés, tous semblables, que la mort rapide avec les symptômes de l'occlusion intestinale est amenée par le sphacèle d'une portion étendue de l'intestin grêle. Existe-t-il des formes plus légères, correspondant à des rameaux plus petits des veines du mésentère ? Oui, certainement, mais elles passent en général inaperçues dans les autopsies. Nous allons en donner un exemple. A l'autopsie d'un homme âgé ancien hémiplégique, mort en deux jours d'hémorrhagie cérébrale, dans le service de notre maître, le professeur Cornil, à l'hopital Laënnec, on trouve la congestion pulmonaire intense, qui est de règle dans ces cas, avec

(1) Ch. Leroux. — *Soc. anat.*, 18.., p. 444.
(2) Ferdinand Dreyfous. — *Quatre observations de thrombose de la veine mésaraïque supérieure. Société anatomique*, série 1, t. X, p. 274, 1885.

(1) A. Année. — *Cirrhose veineuse et thrombose porte*, thèse. Paris, 1881, p. 159.

les deux ou trois lobules en broncho-pneumonie suppurée que l'on observe à peu près toujours au voisinage du hile, quand les sujets frappés de lésions cérébrales étendues mettent quelque temps à mourir dans un milieu nosocomial. De plus, on trouve sur une portion limitée de l'intestin grêle une série de petites plaques de couleur vineuse, avec des sugillations veineuses très accentuées, surtout à l'insertion mésentérique, et chacune de ces plaques n'a que 4 à 6 cent. de longueur. L'intestin ouvert et lavé, on constate qu'à leur niveau, et là seulement, la muqueuse est sphacélée, en partie détruite, et que ce qui en reste se compose de grumeaux très petits, jaunâtres et opaques. L'aspect est le même que dans les lésions plus étendues que nous avons passées en revue. Expérimentalement, comme Schiff, et plus tard Vulpian (Leçons sur l'appareil vaso-moteur) l'ont montré, les lésions des pédoncules, celles mêmes des hémisphères, quand elles sont étendues, amènent la formation d'ecchymoses dans le poumon, l'estomac, l'intestin. En clinique on retrouve cette congestion vaso-paralytique du poumon au cours de l'hémorrhagie cérébrale, mais les ecchymoses gastriques que nous avons cherchées souvent sont très rares. Il n'en est pas de même de celles de l'intestin, comme on vient de le voir. Mais, dans ce cas, il reste à expliquer comment, à la suite de la dilatation des vaisseaux, se produit le sphacèle de la muqueuse; c'est ce que nous verrons à propos de la pathogénie.

Dans les hernies, on peut aussi observer de telles lésions localisées. Nous n'en rapporterons qu'un exemple, suffisant du reste. M. Verchère (1), opérant une hernie inguinale étranglée, trouve le mésentère infiltré d'une série de tumeurs variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix, bien circonscrites, saillantes et arrondies. Après résection du mésentère, l'examen histologique fut fait, et il ne montra qu'une congestion extrême, veines et capillaires étaient extrêmement dilatées; en plusieurs points le sang était sorti des vaisseaux et infiltré dans le tissu conjonctif. M. Verchère conclut à des hématomes probablement dûs au taxis.

En RÉSUMÉ, nous avons d'une part une série de *symptômes* toujours les mêmes ; d'autre part une *anatomie pathologique* aussi constante. Le début est toujours brusque; le centre se tympanise rapidement et devient douloureux ; il peut y avoir des hématémèses, mais les selles sont suspendues. L'évolution est extrêmement rapide, la mort survient en deux jours, trois au plus. On a pensé à peu près toujours à l'occlusion intestinale, quoiqu'il n'y eût pas de vomissements fécaloïdes. Les lésions que l'on trouve portent sur l'intestin et le mésentère, et il est facile de voir que celles de l'intestin sont primordiales. Les tuniques sont infiltrées de sang épanché, la muqueuse est sphacélée, l'épithélium en nécrobiose ou absent; il existe de véritables bouchons de microbes dans les glandes. D'autre part les origines veineuses sont thrombosées, le mésentère est apoplexié et les caillots se prolongent dans les gros troncs mésaraïques jusque dans la veine principale.

Le *diagnostic* de cet état est difficile, et tout d'abord il faut le distinguer de la phlébiteporte adhésive, car on retrouve cette confusion dans quelques observations. Si la thrombose mésaraïque peut gagner la veine porte et constituer ainsi une pyléphlébite adhésive au sens anatomique du mot, il n'en est pas moins vrai que l'affection désignée sous ce dernier nom, et dont le tableau a été si bien tracé par Frerichs (1), diffère de celle qui nous occupe par ses symptômes et par sa marche. Ses caractères sont une ascite rapide se reproduisant très facilement, avec dilatation énorme de la circulation porte accessoire et apparition des veines sous-cutanées abdominales. Il peut y avoir hématémèses et aussi melœna ; nous n'avons donc pas d'arrêt des selles ; d'autre part l'évolution de l'ascite suppose un certain temps, ce n'est pas là la mort sans phrases que nous avons notée dans la majorité de nos observations. Sans doute il y a des formes mixtes; dans Frerichs même on trouve des faits de Virchow, de Cohn, relatifs à des thromboses localisées aux veines mésentériques, mais en général, quand ces dernières seules sont prises et qu'il existe une certaine étendue d'intestin sphacélé, l'évolution est spéciale, différente de celle de la thromboseporte.

Les embolies de l'artère mésentérique supérieure, dont on trouve des cas dans les Bulletins de la Société anatomique (XLII, 329), dans Litten (Berl. Klin. Woch., 1885) déterminent des infarctus hémorrhagiques et amènent la mort, quelquefois par perforation (2). La marche est donc tout aussi rapide que dans les thromboses veineuses et le diagnostic nous paraît impossible, à moins qu'il n'existe une endocardite végétante bien constatée. Il en est de même pour l'occlusion intestinale, pour l'empoisonnement aigu, et pour ces formes de péritonite sans grande réaction fébrile étudiées par Henrot dans sa thèse, et qui simulent si bien l'étranglement interne. On voit donc quelles difficultés pourrait créer à un chirurgien un cas de ce genre si la laparotomie était tentée. Elle a été quelquefois proposée, et c'est la gravité de l'état général qui l'a fait exclure. Nous en venons maintenant au *diagnostic pathogénique*, qui pourra dans une certaine mesure nous rendre compte des accidents. La cirrhose a été incriminée par Chuquel; elle ralentit le sang de la veine porte. Dreyfous se range à cet avis ; il admet aussi les thromboses cachectiques, comme nous l'avons vu dans sa dernière observation. Verchère invoque le traumatisme. Nous avons été frappé dans nos deux observations de l'obésité des sujets ; et nous nous sommes demandé si elle ne jouait pas un rôle dans la stase veineuse, si l'on n'avait pas affaire à quelque chose de semblable à la typhlite des obèses avec siège sur l'intestin grêle. Mais ce ne sont là que des causes occasionnelles ou prédisposantes. Il est évident, d'après l'examen des pièces, que la thrombose est ascendante et qu'elle vient de l'intestin. C'est donc la lésion intestinale qui domine, et elle paraît être de nature infectieuse ou toxique. Il est assez difficile d'établir si les microbes que l'on trouve dans les glandes sont la cause première de l'affection, ou s'ils se sont développés sur la muqueuse sphacélée à la suite de la thrombose ; cela tient au grand nombre des parasites qui habitent l'intestin et peuvent coloniser un point privé de circulation sanguine. Pourtant, si l'on suppose, non pas l'infection circonscrite qui donne naissance à la pyléphlébite ascendante, mais l'infection en nappe d'un segment d'intestin, avec thrombose consécutive de tout un quartier de mésentère, on aura

(1) Verchère. — *Hématome du mésentère, résection de l'intestin, guérison. Soc. Anat.*, 1887, p. 12.

(1) Frerichs. — *Maladies du foie*. Trad. Dumenil, 1877, p. 117.
(2) M. Adenot vient de [illegible] une observation [illegible] l'artère mésentérique [illegible] a [illegible] entre les lésions des veines et celles des artères. *Revue de Médecine*, 1890, 252.)

l'explication de la rapidité des accidents observés, et du retentissement sur le foie que nous avons noté. Pour vérifier cette idée, il faudrait un cas type, à microbes bien connus et faciles à caractériser, or, ce cas d'étude nous est offert par une observation du Dr Bouisson (1). Il s'agit d'un homme de 30 ans, mégissier, amené d'urgence à l'hôpital Necker, et qui depuis trois jours présentait des vomissements bilieux, du météorisme douloureux, pas de selles. Mort le lendemain. A l'autopsie l'attention est attirée par une *anse d'intestin grêle d'une rougeur vineuse*, ecchymotique, très foncée, placée immédiatement derrière l'ombilic. Cette ecchymose, véritable thrombus intestinal, épaissit l'intestin et s'étend sur une longueur de 20 cent. On note d'autres thrombus plus petits sur l'intestin grêle. Le mésentère est aussi ecchymotique, mais il présente l'œdème gélatineux, transparent, caractéristique du charbon. L'examen histologique montre une congestion extraordinaire de l'intestin, avec extravasats sanguins, les glandes ont disparu par places, l'épithélium est tombé. On retrouve en grande abondance le bacillus anthracis, que l'on peut isoler par la culture du sang pris dans la rate. On voit qu'à part les caractères spéciaux de l'œdème et la présence du bacille charbonneux, ce fait est entièrement semblable aux précédents. Cette identité de lésions et de symptômes nous paraît de nature à entraîner la conviction.

Il nous est donc permis de conclure que le complexus symptomatique et anatomo-pathologique que nous venons d'étudier, et dont les thromboses veineuses du mésentère sont, avec le sphacèle de la muqueuse, le caractère le plus saillant, relève d'une infection circonscrite ou d'un empoisonnement. Cette dernière réserve nous est inspirée par ce fait qu'on a décrit des lésions ecchymotiques semblables de l'intestin à la suite de la morsure de la vipère. Cette infection paraît favorisée par l'absence de bile dans la cirrhose, par la surcharge graisseuse du mésentère, par toutes les mauvaises conditions de circulation de l'intestin ; mais elle ne forme qu'un chapitre de l'histoire des entérites aiguës, si en honneur autrefois, et peut-être trop délaissée maintenant.

(1) Bouisson. — *Note sur un cas de charbon intestinal chez l'homme*, in *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, novembre, 1889, p. 834.

HÔPITAL BOUCICAUT. — Un décret déclare d'utilité publique la création de l'hôpital Boucicaut, à Paris, au moyen de l'acquisition de terrains situés rue Lourmel, rue des Cévennes et rue de Vouillé projetée (15e arrondissement), contenant ensemble 23,170 mètres superficiels. Il sera pourvu à la dépense, évaluée en principal, indemnités, frais et accessoires à 620,000 francs, au moyen des ressources provenant du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par Mme Boucicaut. Dans trois mois, l'Assistance publique ouvrira un concours entre les architectes ; un an après, le projet sera définitivement arrêté, et dans trois ou quatre ans l'hôpital pourra être inauguré. Il comprendra dans ses bâtiments, suivant le désir de la donatrice, une chapelle catholique où la messe sera dite par un prêtre désigné par l'archevêque de Paris. L'établissement, qui sera desservi par des religieuses, contiendra deux cents lits environ. Les soins y seront donnés aux malades de tous genres. Enfin, d'après les clauses formelles du testament de Mme Boucicaut, la direction de l'hôpital « devra tenir constamment six chambres et six lits, en bon air et en belle lumière, à la disposition des employés du Bon-Marché, hommes et femmes, qui seraient malades ou blessés. »

FIÈVRE A MALAGA. — D'après l'*Imparcial*, plusieurs cas de fièvre jaune se seraient produits à Malaga. Cette maladie aurait été importée par un navire provenant d'un port infesté. Le *Liberal* dit qu'il s'agit simplement de fièvres pernicieuses.

CLINIQUE NERVEUSE

Quelques faits de suggestion ;

par Mlle le Dr **Blanche EDWARDS**, ancienne interne provisoire des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion, à la Salpêtrière et depuis lors, de faire quelques expériences de suggestion chez des hystériques, et ce sont les résultats de ces expériences que nous demandons la permission de relater ici. Nous n'avons aucunement l'intention de chercher l'explication scientifique de nos faits, ni de les faire rentrer dans les théories déjà émises. Les faits observés par les cliniciens consciencieux sont encore trop peu nombreux et trop disparates pour servir de base à une théorie stable. Beaucoup d'observations, malgré la bonne foi des observateurs, sont passibles de l'objection de simulation si fréquemment invoquée quand il s'agit d'hystériques. C'est pourquoi les faits *physiques* pour ainsi dire, faciles à apprécier et à contrôler, impossibles à simuler, doivent être rassemblés et groupés avec le plus grand soin afin de donner une base solide et indiscutée aux synthèses qui pourraient être faites par la suite. L'élément *douleur* qui, pour physique qu'il soit, est si peu contrôlable et dans son existence et dans son degré, est évidemment un de ceux que la suggestion a le plus souvent fait paraître et disparaître ; quoiqu'il prête à la critique, nous en citerons cependant quelques exemples. L'élément *motilité* (paralysies), aussi facilement réalisable, est déjà plus important, car dans bien des cas il faudrait pouvoir supposer aux hystériques suggérées des notions anatomiques et cliniques bien distinguées pour admettre la simulation.

Mais, quand il s'agit de phénomènes de *vésication*, il est impossible de faire intervenir la simulation et ce sont des faits de cet ordre que nous allons d'abord décrire ici.

OBS. I. — Le nommé Fall..., 21 ans, tailleur, Lorrain, entre à la salle Prus, service de M. le P Charcot, au mois de juillet 1885. Parmi ses antécédents héréditaires nous relevons : une sœur qui avait des attaques de nerfs. Le malade a eu une *paralysie infantile* qui lui a laissé le membre inférieur droit atrophié. A la suite de contrariétés de famille, il vint à Paris en 1884, au moment du choléra. La terreur de cette maladie lui causait des cauchemars et des frayeurs nocturnes et c'est à la suite d'une légère atteinte de choléra qu'il manifesta les premiers accidents qui l'amènent à la consultation de la Salpêtrière. Fall... est un garçon pâle, anémique, un peu efféminé, très blond ; il n'aurait jamais eu d'attaques de nerfs et se plaint de frayeurs, de céphalalgies, d'affaiblissement général qu'il attribue à des pollutions nocturnes et diurnes très fréquentes. Cauchemars et terreurs la nuit. Point céphalique, point iliaque, point testiculaire. Pas d'anesthésie, champ visuel rétréci. Admis comme hystérique mâle. Quelques jours après son entrée, il fut pris de sa première grande attaque d'hystérie, arc de cercle, mouvements violents, attitudes passionnelles empreintes de terreur. C'est pour arrêter ces attaques qui devenaient très fréquentes que mon collègue, M. P. Léonardi, externe du service, et moi-même commençâmes à l'hypnotiser. Endormi très rapidement par la pression orbitaire simple, il présenta dès le début, au contraire des autres hystériques mâles du service, une grande facilité à la suggestion. Cependant, dans le domaine moral, nous ne pûmes jamais, malgré nos efforts répétés, le faire revenir sur certaines antipathies et certaines terreurs ; la vue de quelques-unes des personnes du service déterminait de violentes attaques, ce qui fit qu'il ne pût jamais être aussi facilement présenté aux élèves du service que les autres hystériques.

Les suggestions habituelles pendant le somnambulisme ; éloignement des attaques ; rendez-vous à heure fixe, le jour même ou le lendemain, étaient toujours suivies ponctuellement

au réveil. La suppression des névralgies dont il se plaignait fréquemment; l'audition d'un chant imaginaire; la gustation d'un mets délicieux, la vue, l'odeur d'un beau fruit, d'une belle fleur étaient facilement obtenues. Un matin, alors qu'il était en état de somnambulisme, nous lui suggérâmes qu'il venait de se brûler le poignet avec un fer de tailleur; aussitôt il se plaignit d'une vive cuisson, et fixant son poignet: « Oh! qu'il est rouge », dit-il. Nous continuâmes en insistant sur la rougeur, et lui annonçant qu'il allait avoir une ampoule; nous dûmes paralyser l'autre membre, pour éviter qu'il portât la main sur le poignet brûlé; et ensuite nous dûmes limiter avec un crayon la région brûlée, car la rougeur s'étendait plus qu'il n'était utile. La rougeur devenait intense et bientôt, ainsi que nous le lui répétions, la peau se souleva, et au bout de 20 minutes environ l'ampoule était formée. Alors nous suggérâmes l'anesthésie, mîmes un pansement et le laissâmes avec sa main « *brûlée* », sans que nous ayons toléré, ni de sa part, ni de la nôtre, la moindre pression sur la région « *brûlée* » qui était celle que nous avions limitée, de la grandeur environ d'une pièce de 5 francs. Nous voulûmes répéter une deuxième fois l'expérience, en présence du service, et l'amenâmes déjà endormi; mais malgré toutes les suggestions, la présence de « ses ennemis » détermina l'attaque habituelle. Le lendemain même, devant quelques collègues, nous fîmes une deuxième brûlure sur l'autre poignet; mais cette fois, nous réveillâmes le malade dès que, la suggestion ayant été faite, nous eûmes obtenu une simple rougeur, après lui avoir annoncé la vésication consécutive et l'escharre; celles-ci se réalisèrent au grand étonnement du malade qui ne se rappelait nullement s'être brûlé. Les deux ampoules firent place à une escharre peu profonde qui laissa une cicatrice légère.

Obs. II. — Dans l'intervalle nous fîmes sur Gleys, une jeune fille hystérique du service, une suggestion analogue. Quoique la malade n'ait pas eu l'habitude de subir nos suggestions et s'y soumit avec impatience, nous obtînmes, en une demi-heure, de l'érythème et une ampoule peu marquée.

Cette expérience de *brûlure par suggestion* pouvait être décomposée physiquement ainsi: un premier temps de dilatation vasculaire considérable; un deuxième temps: exsudation de la sérosité par la pression intravasculaire trop forte et formation de l'ampoule; un troisième temps: mortification des tissus comprimés par la sérosité épanchée et sphacèle ou escharre. En somme, on pourrait dire qu'il y avait eu accélération de vitalité dans les tissus et même accélération des processus morbides de brûlures, puisqu'en 20 minutes nous obtînmes les trois degrés de la brûlure. Il s'agissait de savoir si l'on pourrait continuer par la suggestion cette marche rapide et provoquer la « restitutio ad integrum. » Le malade, malheureusement, quitta l'hôpital avant que nous ayons pu réaliser cette seconde partie de l'expérience.

Obs. III. — Quelque temps après, cependant, une dame de 50 ans, nullement entachée de nervosisme, ni personnellement, ni chez ses ascendants, fit dans les escaliers une chute dans laquelle la région orbitaire porta violemment sur une dalle. En conséquence, une ecchymose se forma, et, gênée par cet « œil poché », elle me demanda si je ne pouvais lui suggérer la disparition de l'ecchymose puisque je pouvais suggérer une brûlure. Sachant posséder sur cette dame une certaine force de conviction, quoique ne pouvant l'endormir, je lui expliquai le travail de régression qui devait s'accomplir dans ses vaisseaux pour faire disparaître l'ecchymose et, la fixant attentivement, je lui affirmai que ce travail allait se faire et se faisait. Ma confiance personnelle n'était pas grande, et je fus fort étonné de voir, au bout d'un quart d'heure, une atténuation marquée dans la coloration violet foncé. Cette atténuation, certifiée par un assistant, m engagea à continuer l'expérience et, au bout d'une heure et demie, la teinte avait passé du violet noir au violet vert, au vert jaune et était enfin arrivée à l'état qu'eût eu l'ecchymose au bout de huit à dix jours. Il s'était passé une véritable maturation de la lésion constatée par un de mes collègues en même temps que par deux ou trois personnes. Je fus obligé d'interrompre car la fixation de ma volonté et celle de la malade sur le résultat voulu nous avait donné un violent mal de tête. Je n'avais pas porté une seule fois la main sur la région orbitaire de la malade, et le résultat ne peut donc être attribué à aucun massage. Je fis bien au début quelques passes à distance, surtout pour frapper l'imagination de la patiente, mais je crois devoir attribuer le résultat à l'explication de la marche du processus, vers laquelle dès lors se tournèrent toutes les volontés du sujet.

Ce sont bien là trois expériences *physiques* et qui ne peuvent être en aucune façon entachées de simulation de la part des sujets. Je me rends parfaitement compte qu'ils ne sont pas directement superposables, l'état psychique du second sujet, qui n'est ni hystérique ni hypnotisable, ni même crédule, est bien différent de celui de Fall... qui a subi la suggestion pendant la période somnambulique et qui, dans le premier cas, a réalisé toute la brûlure pendant le sommeil hypnotique et, dans le deuxième, a continué à l'état de veille la suggestion de la période somnambulique. Je vais maintenant rapporter une observation, intéressante à plus d'un titre, et qui se rattache à notre sujet par la suggestion de la diminution des douleurs de l'accouchement.

Obs. IV. — *Grossesse chez une hystérique. Métrorrhagies pendant 4 mois et demi. Attaques. Accouchement avec atténuation de douleurs par suggestion hypnotique.*—Mme Th.., 24 ans, deux grossesses antérieures, accouchement à terme, a beaucoup souffert à ses deux accouchements. — Je la vis pour la première fois le 15 février; prise de métrorrhagies très abondantes et incessantes depuis dix semaines, elle avait eu un retard des règles en novembre et c'est à la fin du même mois qu'elle commença à perdre du sang. Le médecin lui a fait prendre de l'ergotine en potions, en injections sous-cutanées et en injections vaginales, pensant qu'elle avait fait une fausse couche. A l'examen, je constate une grossesse de 3 mois. Sa mère n'a jamais eu d'attaques de nerfs, non plus que ses sœurs. Je ne trouve rien chez les ascendants. Le fils aîné, qui a 7 ans, est très nerveux, très impressionnable, délicat, et j'eus l'occasion de voir deux fois chez lui des petites attaques d'hystérie, qui ont disparu par l'hygiène, les sorties et l'hydrothérapie. La malade a eu plusieurs fois des attaques de grande hystérie et a été considérée comme hystérique par M. le Dr Charcot, qu'elle a consulté autrefois. Depuis un an, elle n'a plus eu de grandes attaques, mais seulement des crises d'étouffement, de faux asthme, qui la prennent chaque nuit encore actuellement. Drap mouillé, inspirations de pyridine quatre fois par jour. 10 gouttes de teinture de valériane le soir. Pour les hémorrhagies, j'applique des tampons chargés d'antipyrine sur le col, deux fois par semaine, et lui fais prendre une potion de perchlorure de fer et sp d'éther. Les métrorrhagies diminuent de quantité, mais ne disparaissent complètement que vers 4 mois et demi, quand apparaissent les mouvements de l'enfant. Depuis le jour où elle a suivi le traitement, elle n'a plus eu une seule fois des attaques d'étouffement. La grossesse continue très bonne jusqu'au 15 août. Je lui avais conseillé de reprendre du perchlorure de fer pendant le dernier mois de la grossesse pour éviter une hémorrhagie au moment de l'accouchement, et je termine tout de suite ce chapitre en notant qu'elle a perdu excessivement peu de sang, et celui-ci coagulé en un caillot unique de la grosseur d'un œuf à peu près, qu'elle a rendu avec le délivre. Aux autres accouchements, elle a eu des hémorrhagies dès le début du travail. Le 15 août, à mon arrivée au moment des premières douleurs, la malade est nerveuse, sent ses étouffements et prévoit une attaque de nerfs. Elle sent une boule qui lui monte à chaque douleur, partant de l'ovaire remonté (facilement appréciable car elle a de l'ovarie) et gagnant la gorge; battement des tempes. Elle commence quelques mouvements toniques. Par la pression orbitaire, je l'endors immédiatement (1re fois), lui affirme qu'elle n'aura pas d'attaques et qu'elle ne souffrira presque pas de son accouchement. « Vous sentirez qu'il y a une douleur, mais vous n'au-

rez pas mal. » Je ne voulais pas lui dire *contraction sans douleur*, ne lui ayant pas expliqué auparavant les termes, et craignant d'arrêter le travail. Présentation O. I. G. A. Le travail se fit en trois heures et elle accoucha spontanément d'une fille de 3,530 grammes, en fort bon état. Elle *souffrit en effet très peu*, trouvant le temps long, ennuyeux, mais étonnée de ne pas sentir plus de douleur. « Voici une douleur qui vient. Non, je n'ai pas encore souffert. » Elle ne se consolait que sur mon affirmation que le travail marchait cependant. « Je n'ai pas souffert comme les autres fois, presque pas », disait-elle ensuite. Sa délivrance fut longue, mais spontanée. Dès que l'accouchement fut terminé, elle fut beaucoup mieux et moins fatiguée que ne le sont d'ordinaire les patientes et fut rapidement améliorée. Depuis trois mois elle n'a jamais eu de nouveaux accidents nerveux et a cessé le drap mouillé (1).

M. Fanton, de Marseille (2) rapporte 13 observations d'hypnotisme chez des hystériques pendant la grossesse ; il a fait disparaître les douleurs de l'accouchement, mais il signale comme un inconvénient ce que nous avons observé chez notre malade : cet état d'inquiétude qui résulte de leur impossibilité d'apprécier où elles en sont de leur accouchement. Chez une autre hystérique, je n'hésiterais pas à supprimer totalement la douleur, car le travail ne m'a pas semblé ralenti chez Mme Th... par la suggestion hypnotique.

Obs. V. — Marie D. 26 ans, hystérique. A. H. mère n'a pas eu d'attaques de nerfs, mais est déséquilibrée. Père tuberculeux (?). État de frayeur habituelle, due sans doute aux accidents de sa vie ; elle a été violée à 14 ans, et a eu une fille de ce fait. Je la connais depuis 7 ans, toujours chloroanémique ayant successivement des phénomènes hystériques nets : ovarie, quintes de toux hystériques, vomissements par accès, névralgies stomacales, etc. Elle n'a d'attaques hystériques que depuis 18 mois, à la suite de contrariétés.

Il y a déjà cinq ans que je la soumets à l'hypnotisme chaque fois qu'elle a des accidents en accès et surtout pour les accidents gastriques. De temps en temps, elle éprouve de vives douleurs au creux de l'estomac, douleurs qui traversent la région dorsale correspondante. Lorsqu'elle souffre ainsi, elle ne se nourrit pas et rejette la plupart des aliments. Hypnotisée, et réduite à un état mixte, qui n'est plus la catalepsie, mais qui n'est pas encore le somnambulisme, je lui fais répéter la suggestion après moi, et n'obtiens un résultat que quand elle a promis formellement : « Je n'aurai pas d'attaque ; je n'aurai pas mal à l'estomac ; je ne vomirai plus. » — Au contraire de beaucoup d'hystériques, et comme Mme Th. (Obs. IV), on l'endort facilement, au moment où elle commence une attaque, par l'occlusion des paupières ; en lui répétant rapidement et à plusieurs reprises que l'attaque ne viendra pas, on finit par lui faire percevoir le son, répéter les mots par écholalie, puis répéter plus fermement et l'attaque est enrayée. — Au réveil des attaques, même après une chute, elle nie formellement ces accidents. Un exemple qui prouve l'attention avec laquelle il faut rédiger ses ordres aux hypnotisés : Lui ayant dit, un jour qu'elle souffrait des membres, « vous ne sentez plus, » au réveil elle était paralysée de ces membres. — Il fallut la rendormir pour spécifier l'ordre donné et enlever la paralysie.

Quoique ce cas soit beaucoup plus banal et paraisse moins important que celui de Fall..., j'ai pensé qu'il était intéressant de rappeler que l'hypnotisme peut servir à supprimer des accidents aussi pénibles que les vomissements, même ceux qui semblent liés à une lésion stomacale ; dans deux services hospitaliers, Marie D. a été soignée pour un ulcère simple de l'estomac. Que la lésion existe ou non, je ne prétends pas le décider, mais la douleur et les vomissements qui en sont les manifestations peuvent être supprimés par la suggestion hypnotique, au même titre que la toux quinteuse dont est fréquemment atteinte la malade.

Il n'est pas plus facile de comprendre la production volontaire et simulée des vomissements continuels pendant 15 jours, (quel que soit l'amour des hystériques pour la dissimulation) qu'il n'est facile d'expliquer la production d'une escharre de brûlure ; et la suppression des vomissements par suggestion est aussi difficile à interpréter que la diminution d'une ecchymose ou la disparition des douleurs de l'enfantement. Espérons que ces faits serviront avec beaucoup d'autres à étayer une théorie qui donnera satisfaction à notre orgueil, en reculant la difficulté jusqu'à ce masque appliqué à notre ignorance et décoré du nom de *Loi physique*.

(1) En juin 1890, les attaques avaient encore complètement disparu.

(2) *Association française pour l'avancement des Sciences* · in *Progr. Méd.*, 1889, II, p. 148.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la Cystopexie sus-pubienne : Nouvelle opération contre la Cystocèle vaginale.

Le 15 mars 1889, M. le Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fixait, au cours d'une hystéropexie abdominale antérieure pour prolapsus utérin, la partie supérieure de la vessie aux tissus sus-pubiens, dans le but de remédier à une cystocèle vaginale concomitante. Cette première tentative, véritable Cystopexie sus-pubienne complémentaire, était mentionnée en quelques lignes dans la thèse de M. Dumoret (1).

M. Tuffier, ayant constaté que cette opération complémentaire avait donné un résultat notable, sans toutefois amener une guérison radicale de la cystocèle, puisqu'il fut plus tard obligé de faire une petite colporhaphie antérieure pour obtenir un résultat parfait, se demanda alors si on ne pourrait pas tenter de parti pris une opération analogue pour guérir le prolapsus vaginal de la vessie, que les opérations plastiques sur le vagin ne parviennent pas toujours à faire disparaître d'une manière complète. Mais, avant de la mettre à nouveau à exécution chez la femme, il crut devoir se livrer encore à des expériences sur les animaux, pour savoir si la vessie pouvait être ainsi fixée sans inconvénients, si la fixation était solide et s'il ne survenait pas de troubles urinaires après une semblable opération. Il choisit des chiens pour faire ses recherches, qui furent exécutées au Laboratoire de physiologie expérimentale de la Sorbonne, dirigé par M. Dastre. Nous n'avons pas l'intention de discuter ici si pareilles expériences étaient bien nécessaires à réaliser, surtout sur des chiens, dont le système urogénital ressemble si peu à celui de la femme, mais on nous permettra au moins de rappeler que le mémoire de Dembowski (2) avait élucidé déjà, en ce qui concerne l'expérimentation, un grand nombre de points ayant trait aux diverses fixations d'organes (*Pexies*) qu'on peut effectuer dans la cavité abdominale (3).

(1) Dumoret. — *Laparohystéropexie contre le prolapsus utérin*, 1889.

(2) *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XXXVII, p. 745, 1888.

(3) Dans ce memoire il est démontré, entre autres choses, qu'en fait de *Pexies* intraabdominales il vaut mieux faire des *soudures de séreuse à séreuse* plutot que de musculeuse à musculeuse, ainsi que nous le signalons dans un autre travail qui paraitra sous peu ; ce qui ruine d'ailleurs les prétentions de Léopold, de Thiriar et de bien d'autres, au sujet de l'hystéropexie avec avivement utérin.

Quoi qu'il en soit, à la même époque, c'est-à-dire dans le courant de l'année dernière, un médecin étranger, frappé des résultats obtenus par M. Terrier dans le prolapsus utérin à l'aide de l'hystéropexie intrapéritonéale, eut la même idée que M. Tuffier. Croyant pouvoir passer par-dessus l'expérimentation chez les animaux, il préféra s'adresser de suite au genre humain, se basant sur l'innocuité absolue d'une telle opération. Aussi fit-il deux cystopexies pour cystocèle vaginale dont il adressa bientôt les observations à la Société de Chirurgie. A la fin de l'année dernière, M. Dumoret en fit autant, comme on le verra plus loin. Récemment enfin, à la même Société, M. Tuffier présentait un travail étendu sur cette question, en y ajoutant un nouveau cas de cystopexie de parti pris. Ce sont ces cinq cas que M. Terrier a analysés mercredi dernier dans son rapport, dont on trouvera le résumé aux comptes rendus de la Société de Chirurgie.

M. Terrier, plus habitué à raisonner sur les faits qu'il a observés qu'à admettre de confiance les théories dites classiques, s'est borné à signaler ces tentatives rationnelles, quoi qu'on ait dit, sans les juger ni les condamner. Certains membres de la Société de Chirurgie, au contraire, montés sur leur grand cheval de bataille — le danger des incisions sus-pubiennes et leur admiration profonde pour tout ce qu'ont écrit *a priori* les anciens auteurs ou les étrangers sur la statique pelvienne — ont vu leurs montures bondir sous la cravache, immédiatement s'emballer, et n'ont pas craint d'administrer aux inventeurs de la cystopexie une verte semonce.

Pour parler franc, ça été un véritable enterrement de première classe. Si le char de ce chétif enfant nouveau-né a été couvert à profusion de fleurs... de rhétorique, il n'en a pas moins été conduit gaillardement au cimetière, au galop de fringants coursiers. C'est le sort do tous ceux qui ont, à Paris, le mauvais goût de naître avant terme!

Il est aujourd'hui impossible de juger une telle opération, et ce n'est certes pas nous qui viendrons, à l'encontre de nos maîtres, prendre aujourd'hui sa défense. Il faudrait d'abord, comme on l'a dit, pour avoir quelques chances de la faire accepter, montrer que les opérations vaginales, et en particulier la colporhaphie antérieure, ne donne pas des résultats si merveilleux que tout le monde paraît disposé à le croire. Or, pour cela, il faudrait rassembler des matériaux nombreux ; et l'on sait combien ils sont difficiles à trouver! Le chirurgien a, en plein Paris, autant de peine parfois à retrouver ses opérées qu'un géologue à découvrir un fossile rare dans uno carrière de marbre! Il faudrait démontrer... bien d'autres choses encore.

Quoi qu'il en soit, on verra plus loin en quoi consiste cette fixation de la vessie. Disons seulement qu'elle peut se faire de plusieurs façons. Si l'on opère dans l'espace appelé à tort cavité de Retzius, c'est-à-dire dans celui qu'on traverse pour faire la taille hypogastrique, la cystopexie est dite *extra-péritonéale*, par analogie avec l'hystéropexie extra-péritonéale de Sims-Caneva, et, dans ce cas, c'est la musculeuse de la vessie seule qu'on fixe aux lèvres de la plaie sus-pubienne. Si, au contraire, on pénètre d'emblée dans l'abdomen et fixe aux parois abdominales la face postérieure du réservoir urinaire recouverte par le péritoine, la cystopexie sus-pubienne est dite *intra-péritonéale*. Il faut rapprocher de ces tentatives une opération plus curieuse encore, exécutée par Byford (1), qui l'a appelée *Colpocystorhaphie*, et qui semble être en réalité une Cystopexie inguinale ou latérale, exécutée d'une façon trop complexe pour être mentionnée ici (2).

Nous n'insistons pas davantage aujourd'hui et, pour les détails des observations publiées, renvoyons au rapport de M. Terrier. Quoi qu'il advienne du verdict rendu, sans circonstances atténuantes, par la Société de Chirurgie, nous avons cru utile et intéressant d'insister d'une façon spéciale sur les essais faits dans notre pays, ne serait-ce que pour les empêcher d'être démarqués à l'étranger! Qui le sait? Dans quelques années cette opération nous reviendra peut-être sous le nom de Ventro-fixation de la vessie (3), comme est revenue il y a 2 ans, sous celui de Ventro-fixation de l'utérus, l'hystéropexie qui fut créée par Kœberlé et qui, elle aussi, de par la théorie, ne devait rien donner!

M. B.

Le choléra en Espagne.

Les journaux politiques nous apportent ces jours-ci une grave nouvelle. Le choléra serait aux portes de France, en Espagne. La leçon sur l'Influenza nous ayant servi, on a déjà pris toutes les mesures désirables. Deux auditeurs du Comité consultatif d'hygiène, notre ami M. le Dr Charrin et M. le Dr Netter, médecins des hôpitaux, sont à la frontière pyrénéenne chargés d'organiser, avec le plus grand soin, la surveillance sanitaire.

On sait que le choléra a été signalé à Valence, à Puebla, à Montichelvo, à Malaga, etc.; on prétend que les médecins de Valence ont déclaré qu'il s'agit bien du vrai choléra. Dès que des renseignements précis nous seront parvenus, nous nous empresserons de les porter à la connaissance de nos lecteurs. Nous donnons d'ailleurs plus loin un résumé des dépêches publiées par les journaux. A en juger par la proportion des décès par rapport aux nombres des malades atteints, il est malheureusement très probable que nous avons affaire à une véritable épidémie de choléra.

(1) Byford. — *The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder; colpocystorrhaphy*; in *Amer. J. of Obst., N. Y.*, février 1890, p. 152.

(2) En deux mots, voici comment opèrerait Byford : incision au niveau du canal inguinal, recherche à travers le tissu cellulaire de la vessie qui est fixé au canal inguinal. Byford possède deux observations (dans un cas il y a eu récidive ; dans l'autre la guérison se maintient depuis quelques mois.)

(3) Ne pas confondre avec la Vésico-fixation de l'utérus (Hystéropexie vésicale, *Nobis*), due au Pr Werth (de Kiel).

LES MALADES DE PARIS AUX EAUX. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique a été appelé à examiner s'il n'y aurait pas utilité à tenter l'envoi de petits malades parisiens dans des stations maritimes du midi de la France et dans certaines stations thermales : il a été d'avis qu'un essai, dans ce sens, pouvait être fait et l'administration vient de [illegible] l'expérience en [illegible] traitement d'un certain nombre d'enfants dans diverses stations [illegible] une partie des fonds provenant du produit du pari mutuel. Les stations qui ont été choisies sont : Banyuls-sur-Mer, [illegible]-du-Jura, [illegible]-Moutiers (Savoie) et Salies-de-Béarn. Dans cette dernière localité, l'administration a [illegible] un petit établissement provisoire. Les enfants [illegible] y a quelques jours. Ajoutons qu'au mois d'octobre de petits malades seront envoyés à Cannes, [illegible].

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 avril 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

MM. APOSTOLI et LAGUERRIÈRE présentent une note sur *l'action polaire positive du courant galvanique constant sur les microbes et en particulier sur la Bactéridie charbonneuse.* Voici leurs principales conclusions :

1° L'action du courant galvanique constant sur les cultures est en rapport direct avec l'intensité du courant évaluée en milliampères ; — 2° Pour une même intensité, et toutes choses égales d'ailleurs, il convient de tenir peu de compte de la durée d'application, l'intensité du courant restant toujours le facteur principal ; — 3° Un courant de 300 milliampères et au-dessus, appliqué pendant 5 minutes, tue constamment la bactéridie charbonneuse; — 4° Un courant de 200 à 250 milliampères, appliqué pendant 5 minutes, ne détruit pas sûrement et constamment la virulence. Un courant de 100 milliampères produit une atténuation qui augmente avec l'intensité du courant; — 5° Ces effets sont indépendants de l'influence thermique qui accompagne toute électrolyse; — 6° Le pôle positif seul tue ou atténue la vitalité des organismes pathogènes pour lesquels l'action interpolaire et celle du pôle négatif restent indifférentes. La conclusion générale qui se dégage de ces recherches, c'est que le courant continu, à dose dite médicale (de 50 à 300 milliampères), n'a pas d'action *sui generis* sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène et que son unique action polaire positive doit tenir du dégagement des acides et de l'oxygène.

M. BOUCHARD présente une note de M. TRIPIER sur l'*existence de l'endocardite tuberculeuse*. A l'autopsie d'un jeune homme de 14 ans, mort de tuberculose miliaire généralisée, M. Tripier a constaté sur la face supérieure de la valvule mitrale des végétations granuleuses de formation récente, ainsi qu'un petit nodule tuberculeux au niveau du bord libre de la valvule. — Se basant sur la fréquence des végétations endocardiques dans les cas de tuberculose miliaire ou de phtisie pulmonaire et l'analogie morphologique des lésions, l'auteur admet, à côté d'une endocardite tuberculeuse aiguë, une endocardite chronique de même nature. Il étend cette étiologie à la plupart des lésions valvulaires survenant chez des sujets présentant des traces de lésions tuberculeuses ou autres. Quant à l'antagonisme signalé entre les maladies du cœur et la phtisie pulmonaire, M. Tripier l'explique par la prédominance des lésions sur l'un ou l'autre organe.

Séance du 5 mai 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. BABÈS communique le résultat *de ses expériences relatives à la transmissibilité de l'hémoglobinurie aux animaux.* — Les lapins inoculés sous la peau ou dans les veines avec des cultures ou du sang de bœufs morts d'hémoglobinurie présentent, 8 à 11 jours après l'inoculation, une fièvre élevée et meurent en un ou deux jours avec une prostration générale. A l'autopsie, on trouve une hyperhémie générale, des ecchymoses péritonéales, mais on n'obtient pas d'hémoglobinurie. Dans le sang on trouve les mêmes microbes que dans le sang du bœuf, l'Hématococcus ou microcoque de l'hémoglobinurie, et en outre un bacille court. Contrairement à ce que l'on constate chez le bœuf, les microcoques ne siègent jamais dans les globules rouges. Dans ses expériences sur les bœufs, l'auteur a vu qu'on pouvait reproduire l'hémoglobinurie, mais pour cela il faut injecter une dose assez considérable de sang ou de suc des reins dans les veines ou dans le tissu conjonctif profond. La maladie expérimentale éclate 15 jours après l'inoculation, elle dure de 6 à 8 jours, se guérit du 5e au 6e jour, ou bien se termine par la mort au 8e jour après une fausse amélioration, de même que cela s'observe dans l'hémoglobinurie spontanée (1).

(1) Le retard apporté à la publication de ces comptes rendus est dû à la cruelle affection qui vient de frapper notre distingué collaborateur et ami, M. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. D'ARSONVAL a recherché, avec M. BROWN-SÉQUARD, quelle est la *durée de la survie chez les animaux placés dans différents gaz toxiques* et dans le vide. Les grenouilles placées dans l'acide carbonique meurent en un quart d'heure. En les retirant au bout de cinq minutes on peut encore les rappeler à la vie. En employant un mélange d'oxygène et d'acide carbonique, on augmente la survie, mais les animaux meurent toujours au bout d'une demi-heure dans un mélange qui contient 25 0/0 ou plus d'acide carbonique. Les grenouilles présentent une phase d'excitation marquée lorsqu'on les place dans l'acide carbonique pur ou mélangé; avec l'hydrogène il n'y a pas de phénomènes d'excitation, et la survie est beaucoup plus longue, sept à huit heures quand le gaz est pur et sans trace d'arsenic. Dans l'azote les animaux ont pu vivre 24 heures et plus. L'hydrogène n'est donc pas un gaz absolument inerte. D'autre part, dans le vide absolu, les grenouilles peuvent rester quatre à cinq jours vivantes et faisant leurs mouvements respiratoires à la condition expresse que l'on maintienne le vide absolu, et qu'on enlève au fur et à mesure l'acide carbonique produit par l'animal.

M. BROWN-SÉQUARD. — La Société se rappelle qu'il y a juste un an, j'ai communiqué des faits qui ont été l'objet d'appréciations très diverses et ridicules dans la presse en général. Les expériences faites sur le *liquide testiculaire* étaient faites d'abord uniquement sur moi. Le principal phénomène que j'avais observé, c'était le retour de la tonicité musculaire du rectum, qui était extrêmement affaiblie chez moi, comme chez beaucoup de vieillards, et la disparition d'une constipation opiniâtre résultant de cet état. Le jet d'urine était également augmenté en force et en volume. La puissance musculaire des membres inférieurs était également augmentée ainsi que l'aptitude au travail. Il y avait donc des effets dynamogéniques certains. La question était de savoir quelle serait la durée de cet état. Je suis parti pour l'Angleterre pour échapper au flot de gens que ma communication amenait chez mon concierge, et j'ai constaté là que mes forces n'ont commencé à baisser qu'au bout de la sixième semaine. De retour à Paris, j'ai dû me rendre à Nice, atteint d'une coqueluche extrêmement grave. En décembre dernier, j'ai eu de nouveau recours au liquide testiculaire, mais, pour éviter tout danger de septicémie, j'ai dû recourir à un procédé nouveau, dont les effets sont moins puissants toutefois; c'est l'injection dans le rectum. On emploie la totalité de deux testicules dont on a extrait le suc délayé dans quarante à cinquante grammes d'eau. Les maladies traitées jusqu'à présent par ce procédé sont extrêmement nombreuses et beaucoup d'entre elles sont considérées comme incurables. Citons parmi les observations recueillies par des médecins dignes de foi, la fièvre intermittente, où le traitement a été parfois merveilleux. Un malade injecté avec un liquide pris dans un testicule de singe sept heures après la mort, ce qui pouvait être très dangereux, fut remis sur pied le lendemain ; il était couché depuis trois ans, bien faible, presque mourant. Un lépreux que j'ai vu à Nice, soigné par un médecin de cette ville, car je n'ai voulu moi-même soigner personne, fit disparaître les accès de fièvre quotidiens. Les frissons qui peuvent constituer une manifestation isolée de la fièvre disparaissent aussi par l'injection rectale du suc testiculaire. M. Suzor, mon élève et celui de M. Pasteur, a traité ainsi quatre lépreux, chez lesquels contractures, paralysies, faiblesse générale ont disparu comme par enchantement. Les ulcères se sont cicatrisés et dans un cas un ongle qui allait tomber s'est raffermi. Un médecin de San-Francisco a traité avec le plus grand succès un ataxique. Trois autres ont éprouvé une amélioration considérable et l'un fut à peu près guéri. Mais dans l'autre cas, l'effet fut nul. Nous n'avons donc pas un remède souverain, mais il n'en est pas en médecine. Les paraplégies et autres paralysies, les hémiplégies de cause cérébrale peuvent également être

améliorées. Les intermittences cardiaques de cause nerveuse disparaissent aussi. L'anémie par perte de sang a été traitée par un médecin sur sa femme; par l'injection sous la peau d'une seringue de Pravaz de sperme recueilli dans une capote anglaise. Cette dame très affaiblie reçut quatre de ces injections en quelques mois et récupéra ainsi une vigueur considérable. M. Mairet a publié un excellent travail dans lequel il rapporte des guérisons dans l'aliénation mentale. L'incontinence d'urine a été aussi traitée avec succès par ce procédé. Le Dr Crivelli, à Melbourne, a constaté deux guérisons de pertes séminales sur deux cas traités. Citons enfin les dyspepsies qui peuvent être améliorées. Comment agit le liquide testiculaire, dans des maladies si variées, si diverses, c'est évidemment par suite d'une influence exercée sur les centres nerveux qui sont excités. Dans toutes les maladies que nous venons de voir, il est en effet un élément commun, la faiblesse générale, résultant d'un épuisement des centres nerveux. On a donc une ressource des plus précieuses, sans aucun danger dans tous les cas de fatigue cérébro-spinale. Beaucoup de médecins emploient d'ailleurs dans Paris cette méthode.

M. d'Arsonval a pu observer un des malades auxquels M. Brown-Séquard fait allusion, et a constaté l'exactitude des faits rapportés, sans que la suggestion puisse être incriminée.

M. Tuffier. — *Action de l'urine sur les tissus.* L'urine normale injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané ne produit aucun accident, comme je l'ai démontré il y a quelques semaines. Ce fait ruine la théorie ancienne de l'infiltration urineuse. J'ai poursuivi ces recherches en faisant des injections d'urine dans les muscles et sur les séreuses. Dans le péritoine du cobaye et du chien, jusqu'à 100 cc., on n'obtient aucun accident, même en répétant tous les jours l'injection. La clinique montre d'ailleurs que la rupture intra-péritonéale d'urine ne donne pas fatalement la péritonite. En abouchant un uretère dans le péritoine, on n'observe pas de survie dépassant 20 jours. La mort survient alors par péritonite. Le résultat est contradictoire, je le signale sans pouvoir l'expliquer. En mêlant à l'urine du sang ou de l'ammoniaque, on n'a pas plus de suppuration qu'avec l'urine pure. La conclusion pratique c'est que les plaies au contact de l'urine peuvent se réunir par première intention. On peut donc faire des sutures intra-vésicales et obtenir la réunion, comme je l'ai vu chez le chien. On peut supprimer la muqueuse de la vessie par places sans infiltration d'urine. Les résections du trigone vésical, du trajet intra-vésical, de l'uretère sont donc possibles, et deux opérations faites sur l'homme m'ont donné raison quand j'ai appliqué à la clinique le résultat de ces expériences.

M. Straus. — En sectionnant l'uretère, j'ai vu les animaux mourir de péritonite septique très accusée.

M. Pouchet expose une note de M. Fabre-Domergue sur une *tumeur très riche en bactéries trouvée sur un poisson de mer*, le Butchar. Les bactéries paraissent appartenir à une espèce non connue. L'inoculation tentée sur différents poissons n'a pas réussi.

M. Laguesse. — *Rôle hématopoïétique de la rate.* En saignant à blanc des alevins, on les voit supporter très bien cette perte, le sang se reproduit en un mois environ. On observe d'abord, comme dans ces expériences, une pullulation des globules blancs. Du quatorzième au dix-huitième jour on rencontre un très grand nombre de formes jeunes d'hématies. Le tissu splénique prolifère et semble se débarrasser de ses éléments qu'il verse dans le sang, qui ne se reproduit donc pas par karyokinèse de ses éléments.

M. Henneguy. — Certains auteurs ont dit qu'il existait dans ces cas de saignée une multiplication des noyaux du parablaste. M. Laguesse a-t-il observé un fait semblable?

M. Laguesse n'a pas examiné le parablaste.

M. Quinquaud dépose deux notes *sur le chloralamide.* La première de M. Schmitt, de Nancy, qui trouve ce remède dangereux chez les cardiaques, la seconde de M. Bosc qui constate à nouveau l'abaissement de la pression sanguine produit par le chloralamide sur le chien.

M. Phisalix rappelle que dans une note à l'Académie des Sciences il a constaté *la présence de vaisseaux très fins, injectables, dans la couche profonde de l'épiderme*, qui revêt le jabot du pigeon. Ceci à propos de la communication de M. Laguesse sur les vaisseaux intra-épithéliaux du prosoptère. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Féréol lit un rapport sur le travail de M. Glénard, relatif aux *résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète.* Le procédé du pouce préconisé par l'auteur est certainement recommandable, quoiqu'une percussion bien pratiquée puisse donner des renseignements aussi exacts. Peut-être y a-t-il exagération dans la proportion des cas de diabète où le foie est lésé. Le point original du travail de M. Glénard est qu'il existe un diabète vrai lié à une lésion du foie d'origine exclusivement alcoolique, ce que M. Féréol est tout disposé à admettre, quoique souvent le diabétique ne devienne alcoolique que par le fait du traitement. En tous cas, le travail de M. Glénard est intéressant et attirera l'attention des médecins sur l'état du foie chez les diabétiques.

M. Laborde expose aujourd'hui les *moyens capables d'empêcher et de prévenir les accidents causés par la chloroformisation*, étant donné les causes et le mécanisme de ces accidents qu'il a démontrés dans la dernière séance. Les accidents, au début, étant causés par l'irritation périphérique du trijumeau, il faut diminuer la sensibilité périphérique et l'excitabilité du pneumogastrique. Pour diminuer la sensibilité périphérique on peut très bien employer la morphine en tenant compte, bien entendu, de l'état du malade et après s'être assuré que la morphine est bien supportée par lui et ne produit pas un effet opposé à celui qu'on cherche. Au lieu de la morphine, Rabuteau avait préconisé la narcéine. Mais, jusqu'ici, elle n'était pas soluble. Or, aujourd'hui M. Laborde vient, avec M. Duquesnel, de préparer une narcéine soluble, facilement maniable, et pour la préparation de laquelle il dépose un pli cacheté sur le Bureau. En l'expérimentant sur le lapin, qui est si sensible au chloroforme, il a pu s'assurer qu'on pouvait pousser très loin chez lui la chloroformisation sans déterminer d'accidents. Pour diminuer l'excitabilité du pneumogastrique, on ne peut songer au curare, malgré son action reconnue. Mais on peut employer, comme l'ont conseillé MM. Dastre et Morat, l'atropine en l'associant à la morphine. Il pense qu'à la dose nécessaire l'atropine est dangereuse, et il conseille d'anesthésier les muqueuses nasale et pharyngée avec une solution assez concentrée de cocaïne, en badigeonnage. Quant aux moyens de combattre les accidents tardifs de la chloroformisation, dus à la syncope respiratoire, il n'y a pas d'autre procédé que la méthode des mélanges titrés de Paul Bert, en se servant de l'appareil très simple et très facile à manœuvrer aujourd'hui de Raphaël Dubois. Tous les autres procédés, cornet, compresses, méthode des gouttes décrite récemment par M. Marcel Baudouin (*Gaz. des Hôp.*, juin 1890), cherchent implicitement à atteindre ce but de connaître, aussi exactement que possible, le titre du mélange absorbé. Enfin, avec un cardiographe et un pneumographe, il est facile de saisir immédiatement le moment de la syncope, que bien souvent autrement on ne peut apprécier exactement.

M. le Dr Reynal O'Connor a présenté un *appareil*, construit par M. Collin, *pour permettre le lavage antiseptique de la trachée*, ainsi que pour empêcher le passage des aliments de l'œsophage dans ce conduit aurien, dans les cas des ulcérations syphylitiques tuberculeuses ou carcinomateuses. Il a fait plusieurs expériences chez des animaux et même chez des personnes, et cet appareil lui a permis de remplir la trachée d'une solution antisep-

tique sans aucun accident, et par conséquent la laver comme l'urèthre, le rectum et les plaies superficielles.

ÉLECTION *de deux associés nationaux.* — 1[re] *élection :* M. Hergott (de Nancy) est élu par 54 voix, contre 1 à M. Bourguet, 1 à M. Notta, et 1 bulletin blanc. — 2[e] *élection :* M. Bourguet est élu par 35 voix, contre 6 à M. Notta, 6 à M. Azam, 4 à M. Bouchacourt, et 1 bulletin blanc.

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 Juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Pleurésie purulente métapneumonique.

M. ANTONY. — Je m'associe complètement aux réserves de M. Netter sur la bénignité de la pleurésie purulente métapneumonique, me fondant sur le cas suivant : X.., atteint de pneumonie droite guérie au bout de 22 jours, entre de nouveau à l'hôpital, le 5 avril, pour une broncho-pneumonie qui se résout mal. Le 23 avril, on constate de la fièvre et la présence d'un épanchement pleural. On trouve dans le liquide extrait par ponction le pneumocoque. Malgré la ponction, les douleurs persistent et, le 9 mai, le malade rend par vomique 3 litres environ de pus verdâtre. Nouvelle ponction, injection de naphtol. L'état général devient très bon, mais le pus reparaît dans la plèvre. Je propose la thoracotomie qui est refusée. Je continue les ponctions : la 5[e], faite le 9 mai, donne issue à 300 grammes de pus. La première en avait fourni environ 20 grammes. Injection de 12 grammes de naphtol en solution. L'état général du malade reste bon, mais on voit que dans ce cas l'injection antiseptique est restée impuissante à arrêter la reproduction du pus. On ne trouve dans celui-ci qu'un seul organisme : le pneumocoque de Talamon et Frænkel.

Un cas de folie brightique.

M. RAYMOND. — L'albuminurie peut être le signe révélateur d'une intoxication autochtone, l'urémie, par exemple, qui chez un sujet prédisposé devient la cause occasionnelle de désordres psychiques ou la cause d'aggravation d'une psychose en cours d'évolution. Dans ces cas, l'intensité des symptômes psychiques marche parallèlement à la quantité d'albumine rendue. Ces dernières années, Fürstner, Turner, Kœppen ont signalé diverses formes de psychoses ayant donné lieu à l'albuminurie. J'ai signalé, en 1882, des accidents d'aliénation consécutifs à la néphrite chronique et paraissant se rattacher à l'urémie. Il s'agissait de savoir si les accidents délirants sont bien imputables à l'intoxication urémique. J'admettais, d'après l'observation de 4 malades, qu'il existait un délire urémique survenant indépendamment des prédispositions apparentes aux psychoses, transitoire comme les accidents urémiques et devant être traité comme eux. En 1885, M. Dieulafoy faisait une communication sur la *folie brightique* dont il montrait des types divers, et qu'il pensait devoir être traités comme des néphrétiques. Quelques jours après, M. Barié citait le cas d'un brightique enfermé 7 ans dans un asile. Je vous apporte aujourd'hui une observation de folie du doute qui me paraît devoir être rattachée au mal de Bright. Il s'agit d'une dame de 65 ans qui, jusqu'au mois de décembre 1885, n'avait pas présenté de troubles mentaux sérieux. A ce moment, elle commence à douter de tout ce qu'elle fait. En même temps, douleurs de reins, œdème des jambes. Les urines contenaient 1 gr. 20 d'albumine. Traitement approprié, l'albuminurie descend à 0.50, les troubles mentaux diminuent, pour augmenter chaque fois que la malade suspend son traitement. Depuis ce temps, parallélisme complet entre l'albuminurie et la psychose. Cette psychose n'est pas due à l'albuminurie elle-même, mais bien à l'urémie dont elle a été une manifestation précoce. Une autre de mes malades, atteinte de néphrique atrophique, a présenté des accidents urémiques simulant la manie aiguë. Ces faits paraissent importants à connaître, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue médico-légal.

M. OLLIVIER. — Ces faits ne sont pas communs. Je crois que les malades de MM. Dieulafoy et Raymond ne sont pas des brightiques purs, ils ont de l'hérédité névropathique dans leurs ascendants. Les troubles psychiques ne relèvent donc pas exclusivement du mal de Bright. Le mot de *folie brightique* est mauvais, et c'est une faute de considérer le délire urémique comme une vésanie. Il y a une dizaine d'années, j'ai vu, au Dépôt de la préfecture, un malade paraissant atteint d'excitation maniaque. Frappé de sa pâleur, de la bouffissure de son visage, je fis analyser ses urines. On y trouva un flot d'albumine. Il avait de l'urémie à forme délirante, mais il n'était pas fou ; conduit à l'Hôtel-Dieu, il guérit parfaitement. Il ne faut donc pas appeler cela du nom de folie.

M. RAYMOND. — Puisque ce malade a été envoyé au Dépôt, c'est qu'il avait des accidents ressemblant à la folie.

M. OLLIVIER. — On avait méconnu son mal. Certaines maladies aiguës, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les affections cardiaques peuvent déterminer des accidents délirants simulant la folie et il y a de ces malades qu'on envoie au Dépôt. Pour éviter de semblables erreurs, il faudrait nettement distinguer les délires symptomatiques de l'idée d'aliénation.

M. RAYMOND. — C'est précisément le but de mon travail. Dans la dénomination de folie brightique employée par M. Dieulafoy, c'est le qualificatif brightique qui compte.

M. OLLIVIER. — En ce cas, il ne faut pas employer le mot de folie qui prête à confusion.

M. DIEULAFOY. — Nous savons tous que l'urémie peut donner des symptômes de délire ; la forme de délire aigu, fréquente, est banale. Mais, à côté de ces faits, il en est d'une interprétation plus difficile. J'ai observé ainsi un malade de 45 ans qui, pris d'abord de délire tranquille, puis d'idées malsaines, fut ensuite en proie à une lypémanie manifeste, puis à des accès de manie aiguë. On parlait de l'enfermer quand survinrent de l'anasarque, du coma, des convulsions. Les urines examinées renfermaient de l'albumine. Le malade mourut. C'était un brightique, mais c'était un aliéné. Ces troubles semblent éclater plus facilement chez les prédisposés par l'hérédité nerveuse. Mais il est des malades qui ne présentent sous ce rapport aucune tare appréciable. On soupçonnera chez eux l'urémie par l'existence de signes légers mais caractéristiques par leur réunion : crampes douloureuses des mollets, épistaxis matutinales, susceptibilité particulière au froid, doigt mort. On cherchera alors s'ils ont le cœur gros, une tension artérielle excessive, une temporale dure, de la pollakiurie, annonçant l'urémie à forme lente.

M. RENDU. — Ces malades ne sont pas des fous, mais il faut souvent agir à leur égard comme s'ils l'étaient. Ainsi j'ai dû envoyer à Ste-Anne un brightique qui avait des accès de manie aiguë redoutables que je n'ai pu enrayer.

M. LEGROUX. — Il y a des aliénations mentales symptomatiques d'une intoxication. Les saturnins et les alcooliques qui ont de la manie sont de véritables fous. Mais leur folie est aussi symptomatique d'une intoxication.

M. OLLIVIER. — Nullement. Ce sont des délires symptomatiques. S'ils deviennent dangereux qu'on les enferme. Mais ce n'est pas une raison pour confondre sous une même dénomination des états différents.

M. BARIÉ. — Ces accidents peuvent durer longtemps. J'ai fait entrer pendant 5 mois, dans une maison de santé, une dame brightique qui avait des accidents psychiques. Elle était d'une famille de névropathes et avait un frère épileptique.

Myosite rubéolique.

M. GAUCHER. — Je viens d'observer une enfant de 7 ans, atteinte de myosite multiple à la suite de rougeole. Fille d'arthritiques (grand'mère goutteuse, père rhumatisant), elle a eu la rougeole au mois de septembre 1889. Au commencement de la convalescence, torticolis, qui passa sans traitement au bout de 15 jours à 3 semaines. Dans le courant de novembre elle commença à boiter sans souffrir. Puis, peu à peu, elle accusa des douleurs dans le mollet. Actuellement elle présente une rétraction du sternomastoïdien gauche et une hypertrophie du mollet droit. En somme, il s'agit d'une myosite atrophique du sternomastoïdien, d'une myosite hypertrophique scléreuse du mollet. Cette affection est de nature infectieuse comme celles qu'on observe à la suite de la fièvre typhoïde. Jusqu'ici on n'en a pas encore cité dans la rougeole.

Traitement des kystes hydatiques du foie par l'eau naphtolée.

M. JUHEL-RENOY. — J'ai observé une malade qui démontre

l'efficacité de l'eau naphtolée dans le traitement des kystes hydatiques. A cette malade, entrée dans le service de M. Sircdey, une ponction enleva 1,550 grammes de liquide. Injection de liqueur de van Swieten. Signes d'intoxication très prononcés. Le kyste repoussa, je fis une nouvelle ponction qui amena 1,800 grammes de pus très fétide. Je fis une injection d'eau naphtolée, la fièvre tomba puis se releva et on dut faire successivement 7 ou 8 ponctions en un mois et demi. Toutes ces ponctions, moins une, où on se servit de liqueur de van Swieten et où il y eut de nouveau des signes d'intoxication, furent suivies d'injections d'eau naphtolée. Je poussai la dose de naphtol jusqu'à 25 gr. pour 750 d'eau. L'injection était suivie d'un lavage avec 3 litres d'eau. La malade guérit. On peut en conclure que le traitement par les ponctions suivies d'injections antiseptiques est suffisant. Que le sublimé étant dangereux, l'eau naphtolée est suffisante. La proportion de naphtol en suspension a peu d'importance. Insoluble, il se dépose sur les parois du kyste et ne peut causer d'intoxication.

M. Merklen signale un malade analogue chez lequel l'injection de sublimé a produit des signes d'intoxication grave. Le naphtol lui paraît supérieur.

M. Netter cite le cas d'un malade atteint de kyste hydatique auquel il injecta 700 grammes de solution de sublimé au demi-millième, puis fit instantanément un grand lavage à l'eau stérilisée. Pas d'accidents toxiques. Le malade guérit dans un temps très court. Pour réussir sans avoir d'accidents il faut que l'injection de sublimé soit immédiatement suivie d'un grand lavage à l'eau stérilisée.

M. Balzer. — Il y aurait peut-être avantage à employer un sel de mercure moins coagulant que le sublimé. Le benzoate me paraît remplir ce but. Il ne produit pas, comme le sublimé, des petits caillots d'albumine renfermant du mercure qui, se dissolvant plus tard, provoquent l'intoxication.

M. Juhel-Renoy. — J'enlève 600 grammes de pus, j'injecte 300 grammes de solution de sublimé, puis je lave avec un litre en deux fois. Cependant j'ai eu des accidents.

M. Merklen. — Le sublimé est surtout dangereux dans les gros kystes, qu'on n'est pas sûr d'évacuer en totalité.

M. Netter. — Le procédé de M. Juhel-Renoy est défectueux. Quand on extrait 600 grammes de liquide, c'est 600 grammes de solution de sublimé qu'il faut injecter. Mais il ne faut pas le laisser séjourner 10 minutes. Il faut l'évacuer immédiatement et faire ensuite un lavage à l'eau.

M. Chantemesse. — Le procédé de M. Netter est évidemment celui qu'il faut appliquer. Je suis surpris que le sublimé ait provoqué de la suppuration entre les mains de MM. Merklen et Juhel-Renoy. Un bon moyen d'éviter l'intoxication serait de faire le lavage de la poche avec de l'eau salée.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *juin* 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Terrier fait un rapport sur cinq observations de *Cystopexie* adressées à la Société, opération nouvelle destinée à obtenir la cure de la *cystocèle vaginale*. Ces observations sont dues, deux à M. de Valtas, une à M. Dumoret, et les deux autres à M. Tuffier. La cystopexie est la fixation de la vessie prolabée à la paroi antérieure de l'abdomen au-dessus du pubis. On lui a déjà donné le nom de *Gastrocystorrhaphie*, qu'il faut abandonner (1). M. De Valtas présente deux observations dont voici la première :

Femme de 36 ans, atteinte de cystocèle vaginale simple, la faisant beaucoup souffrir. Incision hypogastrique de 6 cent., après dilatation de la vessie. Fixation de la vessie aux deux lèvres de la plaie à l'aide de sutures perdues au catgut. Sutures superficielles ; pas de drain ; opération des plus simples. La cystocèle est très bien réduite et persiste réduite 6 mois après.

La seconde est identique. M. de Valtas fait remarquer dans son travail que la vessie est parfaitement réductible par des tractions répétées exercées par la voie sus-pubienne, que les adhérences tiennent bien, ce qui n'a rien d'étonnant, et qu'en somme ce procédé fort simple est plus sûr que les opérations vaginales, qui n'agissent que d'une façon indirecte. Le cas de M. Dumoret est le suivant :

Une femme de 48 ans, atteinte d'une chute de l'utérus héréditaire pour laquelle on lui a déjà fait une amputation du col, est atteinte d'une cystocèle vaginale énorme, grosse comme une tête de fœtus. La vessie contient un petit calcul. La malade souffre beaucoup. Elle ne peut supporter le port des pessaires. Incision hypogastrique. On trouve une anse d'intestin adhérente à la vessie ; c'était le cœcum probablement, encadrant la face postérieure du réservoir vésical. Cystopexie intra-péritonéale à l'aide de fils de soie. La cystocèle paraît bien réduite. Sonde à demeure dans la vessie. Suites des plus simples pendant les premiers jours. Bronchopneumonie vers le 6e jour (c'était en pleine épidémie d'influenza). Mort. A l'autopsie, plaie prévésicale bien réunie ; vessie bien adhérente ; cependant il persistait encore un peu de prolapsus vésical. Les sutures avaient très bien tenu. La vessie avait une capacité énorme.

M. Tuffier a fait 2 fois la cystopexie : la première fois le 15 mars 1889, à l'occasion d'une hystéropexie pour prolapsus utérin, comme opération complémentaire. C'est donc lui qui a exécuté le premier la fixation sus-pubienne de la vessie. La 2e observation a trait à une cystopexie de parti pris pour cystocèle simple. M. Tuffier, avant de recourir à cette opération, avait fait des expériences sur des chiens pour savoir si la vessie pouvait contracter des adhérences et si on ne coudait pas les uretères en procédant ainsi. Les résultats avaient été favorables. Dans son 1er cas, il fut obligé de compléter l'opération par une petite élytrorhaphie antérieure. M. Tuffier opère sans rentrer dans l'abdomen, c'est-à-dire dans l'espace dit cavité de Retzius. En somme, dit M. Terrier, la cystopexie sus-pubienne exécutée par les 3 auteurs ci-dessus a été soit *intrapéritonéale* (3 cas : Valtas et Dumoret, soit *extrapéritonéale* (Tuffier). C'est là une nouvelle opération qu'il n'a pas tenté lui-même ; il ne peut donc juger de sa valeur définitive.

M. Bouilly. — Ce sont là des opérations d'expérience, qui disparaîtront comme tant d'autres, car on a beaucoup mieux! Les auteurs ont mal compris la nature de la cystocèle ; c'est pour cela qu'ils ont cherché à suspendre la vessie. Ce qui cause la cystocèle, c'est la mauvaise involution de la paroi vaginale antérieure, qui est trop grande. C'est la faiblesse du plancher périnéo-vaginal qu'il faut donc combattre. On aura beau suspendre ; il y aura du prolapsus quand même. La colporhaphie antérieure est le moyen le meilleur pour guérir la cystocèle. Pourquoi en chercher un autre ? Pourquoi surtout préférer une opération sus-pubienne, qui peut être dangereuse, à une opération vaginale très bénigne ?

M. Verneuil dit que la cystopexie est une opération qui n'est pas à la portée de tout le monde et répète qu'il faut absolument simplifier la chirurgie. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on n'ait pas pu raccourcir l'ouraque, comme on l'a essayé, et suspendre la vessie par là.

M. Pozzi. — En voulant ainsi fixer la vessie, on méconnait tous les principes de la statique pelvienne. Le prolapsus de la vessie se reproduira forcément. On sait que Byford (de Chicago) a fait une tentative analogue.

M. Richelot ne comprend pas qu'on s'adresse ainsi d'emblée à une cystocèle. Il aurait fallu au moins commencer par faire une opération vaginale.

M. Terrier. — On aura beau dire, dans les cas d'altérations du plancher pelvien, les opérations vaginales ne suffisent pas toujours pour remettre les choses en état. Il y a des cas où toutes les colporhaphies ne guérissent pas les malades. Il ne faut donc pas condamner *a priori* la cystopexie ; mais il avoue qu'il n'a en cette opération qu'une confiance relative. Tant qu'aux considérations émises par MM. Bouilly et Pozzi, il ne les saisit pas très bien, quoiqu'elles soient absolument classiques. Il est d'un avis absolument contraire à M Verneuil; il faut que les chirurgiens fassent de la chirurgie et la cystopexie est, quoi qu'il en dise, à la portée du moindre chirurgien. Le cas de Byford est tout différent des opérations ci-dessus rapportées ; c'est pourquoi il n'en a pas parlé.

M. Reynier communique une observation qui démontre la *contagion du tétanos*. Il a réussi, avec M. Sanchez-Toledo, à inoculer des cobayes avec le pus provenant d'une tétanique.

(1) Nous avons proposé, dans un travail qui paraîtra la semaine prochaine le nom plus simple de *Cystopexie sus-pubienne*.

Les cobayes ont eu de la façon la plus nette du *tétanos expérimental*. On a trouvé d'autre part dans le pus fourni par la tétanique, atteinte de gangrène des deux pieds, le bacille de Nicolaier, qui ressemble à une tête d'épingle ou mieux à un spermatozoïde. M. Sanchez-Toledo a retrouvé ce bacille dans de la terre qui lui a été envoyée de Libourne. L'inoculation de cette terre à des cobayes a donné chez des animaux un tétanos typique, semblable à celui obtenu avec l'inoculation de la malade de M. Reynier, trouvée presqu'inanimée dans la campagne de Noisy-le-Sec. Il est donc démontré aujourd'hui que le tétanos est une affection microbienne et que son microbe se trouve dans le sol, plus spécialement dans certaines contrées.

M. Reclus cite un cas analogue ; un cobaye, inoculé avec de la sérosité d'un tétanique de son service, fut pris de tétanos typique.

M. Verneuil. — Au point de vue du tétanos, la commune de Noisy-le-Sec est un champ maudit.

M. Kirmisson rappelle qu'il a essayé en vain des inoculations tétaniques.

M. Terrillon présente une malade atteinte de *péritonite tuberculeuse grave*, sèche, qui est notablement améliorée depuis qu'elle a subi la laparotomie.

M. Richelot a deux faits qui plaident dans ce sens.

M. Terrier. — Les résultats sont variables suivant les formes de péritonite. Il y a des péritonites granuleuses qui ne sont pas de la tuberculose Il est indispensable de vérifier le diagnostic par des inoculations.

M. Duplouy (de Rochefort) cite un cas analogue.

M. Quénu. — Il y a plusieurs formes de péritonite tuberculeuse, qu'il faut dès maintenant bien distinguer : *Péritonite enkystée; péritonite avec ascite; péritonite agglutinative* (agglutination des anses les unes avec les autres). — M. Quénu ne croit pas à l'action curatrice de la laparotomie. Il est une question connexe intéressante à résoudre : que devient le péritoine après les laparotomies? Dans un cas, il enleva un kyste de l'ovaire chez une tuberculeuse ; au bout de quelque temps, le péritoine, qui n'avait rien lors de l'opération, se prit. On trouva plus tard une masse caséeuse tuberculeuse au niveau de la ligature du pédicule ovarien.

M. Terrier. — Il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'une laparotomie semble améliorer une péritonite tuberculeuse; il a par devers lui un cas dans lequel la simple laparotomie a amélioré réellement un cancer de l'épiploon. La malade, opérée depuis 6 mois, va certainement mieux actuellement qu'au moment de l'opération.

M. Berger montre un malade porteur d'une *fistule biliaire* consécutive à une cholécystotomie. Par cette fistule sort tantôt de la bile, tantôt du muco-pus. Que faire? Faut-il fermer la fistule ou faire la cholécystectomie, la cholécystentérostomie lui paraissant inutile ici.

M. Terrier est d'avis qu'il n'y a que deux alternatives : ou ne rien faire et le malade gardera sa fistule ; ou faire la cholécystectomie, ce qui sera un peu délicat, mais probablement pas très grave. Si on se bornait à fermer la fistule, comme elle sécrète du pus, elle se rouvrirait.

M. Terrillon montre une *tumeur du rein* au début, qu'il a enlevée par la laparotomie latérale.—Pédicule réduit. Réunion sans drainage.

M. Quénu. — On voit qu'on a bien raison de recommander d'opérer de bonne heure les tumeurs du rein.

Marcel Baudouin.

Hygiène urbaine. — *Le filtrage de l'eau de rivière.* — Le Conseil municipal de Paris a renvoyé à la commission des eaux et égouts une proposition de M. Georges Villain et quinze de ses collègues, tendant à faire expérimenter à Paris le système de filtrage des eaux de rivière appliqué avec succès à Nantes. Cette proposition a pour but de suppléer, le cas échéant, au déficit de la consommation d'eau de source à Paris, que l'adduction des sources de l'Avre ne comblera peut-être pas complètement.

Exercice illégal de la médecine. — Le sieur André Sarraute, âgé de 40 ans, originaire du Plan, canton de Cazères (Haute-Garonne), demeurant rue du Conservatoire, 13, a été l'objet d'un procès-verbal pour exercice illégal de la médecine et de pharmacie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles); par Kirmisson, prof. agrégé, chir. des hôp. — Masson, Paris, 1890.

M. Kirmisson offre au public les leçons qu'il a faites en 1888-1889, comme suppléant de M. le Pr Richet, dans la chaire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Ces leçons portent exclusivement et à dessein sur les affections de l'appareil locomoteur. On sait, en effet, que depuis quelques années, M. Kirmisson, fondateur de la *Revue d'Orthopédie*, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, s'est consacré tout entier à l'étude de cette branche de la chirurgie, trop dédaignée chez nous, qui s'appelle l'Orthopédie. Ce recueil de faits cliniques, commentés et discutés avec soin, sera donc des plus utiles à ceux qui étudient d'une manière spéciale cette branche de l'art de guérir.

Il serait trop long — et d'ailleurs fastidieux — d'énumérer simplement ici, puisque l'espace nous est réservé, tous les chapitres de clinique abordés par M. Kirmisson. Bornons-nous à signaler seulement ceux auxquels l'auteur a consacré ses soins les plus assidus, ceux qu'il a étudiés avec le plus d'amour et d'entrain. Ils ont trait au traitement du pied bot, et en particulier à l'opération de Phelps, à la ténotomie à ciel ouvert, à l'arthrodèse, opération dont nous nous sommes nous-même occupé tout récemment (1), *etc.* — Ce sont là d'ailleurs les trois points les plus nouveaux — et les moins connus dans notre pays — de cet intéressant recueil. Ce sont ceux-là sur lesquels le critique doit attirer l'attention des lecteurs. Mais certaines parties des autres chapitres méritent aussi d'être lues à cause de la façon dont elles sont exposées ou des documents qu'elles renferment : entre autres les leçons sur la coxalgie double, le traitement des fractures de la rotule, etc., etc.

Magnifiquement imprimé, cet ouvrage, au texte d'une correction exemplaire, est d'une lecture facile qu'agrémente encore, de temps en temps, le spectacle de figures élégamment dessinées. On nous pardonnera d'insister sur ce détail, mais il a son importance, car on remarquera qu'il y a peu de temps qu'on a pris la très bonne habitude d'illustrer ainsi scientifiquement les livres de clinique pure. Nous passons donc sur les quelques critiques de détails que nous aurions à formuler et louons avec plaisir les utiles dessins de l'habile dessinateur de l'Ecole pratique, le style ferme et précis du chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés. Marcel Baudouin.

VARIA

Les fêtes du VIe Centenaire de l'Université de Montpellier.

III. — Journée du samedi 24 mai.

A la réception officielle qui a eu lieu le matin à la Préfecture, M. le Président de la République a décerné des récompenses honorifiques. M. Mossé, professeur à la Faculté de médecine, a reçu les palmes académiques.

A dix heures et demie, M. Carnot, accompagné de MM. Bourgeois, Constans, Develle, etc., s'est rendu au Palais de l'Université, installé dans les bâtiments de l'ancien hôpital St-Éloi, qui vient d'être approprié à sa nouvelle destination; sauf pour la Faculté des lettres dont les amphithéâtres et le Musée de moulage sont installés, les aménagements restent à faire pour les autres Facultés. M. Laissac, maire, prononce une allocution dont nous détachons les passages suivants :

« Depuis que le gouvernement met au premier rang de ses préoccupations l'avenir scientifique du pays, Montpellier ne recule devant aucun sacrifice pour seconder ses vues.

« Après avoir ouvert nombre de chaires, après avoir enrichi de toutes façons ses musées et ses laboratoires, elle ne s'est pas arrêtée dans ses efforts. Nous vous en rendons témoin en vous priant de présider à l'inauguration de ce monument, véritable temple élevé aux sciences et aux lettres.

« A l'exemple de nos ancêtres, nous nous présentons les clefs à

(1) *Année médicale*, 1889.

la main : ce ne sont plus celles d'une ville suppliante, ce sont les symboles de notre dévouement au progrès intellectuel et moral de la patrie. J'ai l'honneur de remettre à l'Etat, en votre personne, les bâtiments constituant le palais des Facultés. »

M. Carnot répond qu'il est heureux d'accepter cette donation au nom de l'État et félicite la ville de Montpellier des sacrifices qu'elle fait. M. le Maire détache alors le voile rouge qui recouvre une plaque commémorative sur laquelle on lit l'inscription ci-après :

Le XXIII mai MDCCCXC.

En présence de M. Carnot, président de la République, assisté de M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, et de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur; G. Chancel, recteur de l'Académie de Montpellier; Pointu-Norès, préfet de l'Hérault; Laissac, maire de Montpellier; Vigié, doyen de la Faculté de droit; Castan, doyen de la Faculté de médecine; de Rouville, doyen de la Faculté des sciences; Castets, doyen de la Faculté des lettres ; Diacon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie et de nombreux délégués des Universités françaises et étrangères, l'Université de Montpellier a célébré le VIe Centenaire de sa fondation avec le concours du conseil général de l'Hérault, du conseil municipal et du conseil des fêtes.

Le XXIV mai, M. le président de la République a inauguré le palais de l'Université établi aux frais de la ville, dans les anciens bâtiments de l'hôpital Saint-Eloi.

A. Krüger, architecte.

En sortant du Palais des Facultés, le cortège s'est rendu à l'École de médecine où il a été reçu par M. le doyen Castan, entouré de tous les professeurs et d'un grand nombre d'étudiants. M. Castan a remercié en ces termes M. le Président de la République de sa visite à la Faculté :

« La Faculté de médecine que vous venez visiter vous remercie profondément de l'honneur que vous lui faites. Dans sa longue existence, notre Ecole a reçu bien des encouragements de la part des anciens seigneurs de Montpellier, des rois de France, mais jamais un chef de l'Etat n'avait franchi le seuil de notre porte.

« C'est à vous, Monsieur le Président, que nous devrons ce haut témoignage de sympathie; au nom de la Faculté, je vous en exprime notre plus profonde reconnaissance.

« Vous allez visiter nos laboratoires, nos collections; j'espère que vous vous convaincrez que nous sommes suffisamment outillés pour la tâche que nous avons à remplir.

« Permettez-moi d'ajouter que vous trouverez aussi chez les maitres comme chez les élèves qui m'entourent les sentiments de profonde affection, de respectueux dévouement que nous devons au chef éminent de l'Etat, que notre Université, que notre ville entière acclame en ce moment. »

De nombreux applaudissements accueillent ces paroles, auxquelles M. Carnot, s'adressant au doyen, répond qu'il est très heureux de témoigner tous ses sentiments de sympathie à la Faculté de Montpellier. De là, M. Carnot s'est rendu au jardin des plantes, pour visiter le nouvel institut botanique, l'un des organismes scientifiques les plus remarquables de Montpellier et sur lequel nous devons nous arrêter.

L'Institut de botanique a été créé à la fin de janvier 1889, grâce à l'initiative de M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur. Il réunit dans un même établissement tous les enseignements botaniques de l'Université (médecine, science, pharmacie). L'Institut de botanique occupe actuellement quatre pavillons situés dans le jardin des plantes, fondé sous Henri IV en 1593; ces quatre bâtiments d'inégale importance occupent une superficie de 828 mètres carrés auxquels il faut ajouter 475 mètres carrés, formant le premier étage de deux des pavillons. Ils ont un peu plus de 60 mètres de façade au midi, prenant vue sur le jardin des plantes et autant au nord; ils ne sont gênés d'aucun côté par le voisinage d'autres bâtiments.

Le bâtiment principal, dit pavillon Richer de Belleval ou pavillon de l'Enseignement, comprend tous les services de l'enseignement; le bâtiment de gauche est affecté aux laboratoires des professeurs et aux recherches d'anatomie et de physiologie : c'est le pavillon Magnol. Le bâtiment de droite ou pavillon de Candolle comprend une galerie des herbiers, une salle de bibliothèque, et le cabinet du professeur directeur du Jardin des Plantes.

On s'est efforcé de rendre l'Institut de Botanique agréable à ceux qui y travaillent; une corbeille de verdure et de fleurs s'étend entre les trois pavillons principaux. Le vestibule du pavillon consacré à l'Enseignement est également décoré, grâce à quelques amis de l'Université et de la Botanique; il sert de salle de repos en cas de mauvais temps.

Un promenoir de 120 mètres de longueur, bordé d'un parterre de fleurs, relevé de lauriers-roses et de palmiers, s'étend entre les bâtiments et la grille qui sépare l'Institut du Jardin des Plantes. Un jardin d'études et d'expériences s'étend à côté des bâtiments, séparés les uns des autres par des terrasses et de larges promenoirs. L'espace réservé aux expériences et aux recherches occupe une surface d'un hectare. Une serre chaude a été mise à la disposition des professeurs de botanique; ils espèrent l'établir, à bref délai, dans le jardin d'étude.

L'Institut botanique pourra être facilement augmenté suivant les circonstances et les besoins des services. Il occupe aujourd'hui le rez-de-chaussée du pavillon de Candolle. Ce pavillon se continue par une aile de même architecture, servant aujourd'hui d'annexe au Jardin des Plantes, et susceptible d'être adaptée, sans grande dépense, aux besoins de l'Institut de botanique. Tout près de là s'étend une vaste maison à étages, ayant 24 mètres de façade et près de 400 mètres de surface, dont on a le projet de faire dans l'avenir un Musée botanique des colonies françaises pour l'instruction du public.

Le *pavillon Richer de Belleval* est entièrement réservé à l'enseignement des étudiants. L'amphithéâtre contient 130 auditeurs. Les salles de travaux pratiques, de conférences, le laboratoire de photographie sont très bien aménagés. — Le *pavillon Magnol* affecté aux laboratoires de recherches comprend quatre cabinets de professeurs avec autant de laboratoires. L'un de ces cabinets est réservé aux botanistes de passage à Montpellier. C'est là une excellente idée. — Le pavillon de Candolle est consacré à la botanique systématique. Le personnel de l'Institut botanique se compose de : MM. Granel, professeur à la Faculté de médecine, directeur du Jardin des Plantes ; — Courchet, professeur à l'École de pharmacie; — Flahault, professeur à la Faculté des sciences ; — Barrandon, conservateur des collections ; — Jadin, chef des travaux pour la Faculté des sciences; — Planchon, chef des travaux pour l'Ecole de pharmacie et la Faculté de médecine; — Galavielle, préparateur pour la Faculté des sciences; — Planchon, pour la Faculté de médecine ; — Palouzier, pour l'Ecole de pharmacie (1).

Le président de la République a visité l'Institut botanique dans toutes ses parties et adressé des félicitations aux organisateurs d'une œuvre qui fait de l'Institut de Montpellier le plus bel établissement consacré en France à l'enseignement de la botanique.

Dans l'après-midi, M. Carnot a visité dans tous ses détails le nouvel hôpital, désigné sous le nom d'Hôpital suburbain et édifié sur les plans de M. Tollet, ingénieur architecte. Nous consacrerons un article spécial à ce remarquable établissement. A l'occasion de sa visite, M. le président de la Répubique a nommé officier de la Légion d'honneur M. Tollet, et chevalier M. Tessié-Sarus, administrateur de l'hospice, dont la générosité, dit le *Petit Méridional*, aussi discrète qu'infatigable, est tant connue.

En revenant, M. Carnot est entré dans la cour de l'hôpital général où il a été reçu par les médecins et les administrateurs.

Après avoir visité l'abattoir et assisté à la danse des treilles, M. Carnot s'est rendu à la Miséricorde, siège central du bureau de bienfaisance et à laquelle sont annexés deux orphelinats. Il a été reçu par le président, M. Fages. Nous extrayons de son allocution le passage suivant qui donne des renseignements intéressants sur l'assistance à Montpellier :

« Dans notre ville universitaire, la charité, appliquée au soulagement des maux et des infortunes, a offert de tout temps un magnifique ensemble d'établissements charitables qui, par une chaine non interrompue, se rattache à l'origine même de sa fondation en se perpétuant jusqu'à nos jours.

« Grace à de généreux bienfaiteurs dont la liste est loin d'être close, à la bienveillante sollicitude du conseil municipal qui four-

(1) M. le P[r] Flahault a eu l'obligeance de nous montrer l'Institut botanique dans tous ses détails et de nous donner le travail très intéressant qu'il a consacré à cet Institut dont il est l'un des principaux organisateurs; de nouveau nous l'en remercions vivement.

nit une subvention importante, aux fêtes de charité intelligemment organisées par les étudiants de nos Facultés, les professeurs et les élèves de nos lycées, le bureau de bienfaisance possède des ressources qui lui permettent de subvenir dans une certaine mesure aux besoins de la population indigente et à l'entretien de ses deux orphelinats qui comptent 120 pensionnaires des deux sexes.

« Il fournit l'assistance médicale et pharmaceutique à 7,000 indigents répartis en 1,450 familles auxquelles il donne des secours de toute nature. »

Nous n'avons rien à dire de la visite au plan Cabane, au quartier Saint-François, au lycée de jeunes filles et à l'école d'agriculture où a eu lieu une félibrée pleine d'entrain, à laquelle s'étaient rendus les étudiants. Après une rapide visite, M. Carnot s'est placé sur le perron de l'école et les étudiants ont commencé leur défilé. C'était un spectacle grandiose et touchant que celui de toutes ces bannières s'inclinant devant le chef de l'État. Il nous a rappelé la splendide fête de la distribution des récompenses au palais de l'Industrie. Partout des acclamations enthousiastes ont accueilli le président de la République. Le soir a eu lieu au nouveau théâtre, qui est très remarquable, une représentation de gala. Les organisateurs de la fête avaient choisi *Patrie*, opéra, dont le livret est dû à M. Sardou et à notre ami L. Gallet, directeur de Lariboisière, et dont la musique est de M. Paladilhe, de Montpellier.

M. Carnot est arrivé vers neuf heures et demie. Il a été accueilli par une série de bans et d'acclamations. Après l'exécution instrumentale et vocale de la *Marseillaise*, les étudiants, groupés sur la scène autour de leur superbe drapeau, ont chanté la belle cantate *Au drapeau*, dont les paroles sont de M. H. de Bornier (de Cette), et la musique de M. Paladilhe. Puis, « l'éminent artiste, Mounet-Sully, encore un enfant du Midi, » a déclamé l'ode de M. de Bornier, intitulée *l'Université de Montpellier*.

L'arrivée et le départ de M. Carnot ont été une des scènes les plus grandioses de ces fêtes. La splendide illumination de la façade du théâtre, de la place, et des maisons voisines, l'immense foule qui se pressait aux alentours du monument, acclamant frénétiquement la République et le Président; tout cela formait un ensemble empreint d'une réelle grandeur (1). B.

Dixième Congrès médical international.

Berlin, 1890.

Le Comité d'organisation de la *section d'Ophtalmologie* : Eversbusch, Erlangen; Von Hippel, Giesten; Hirschberg, Berlin; Leber, Gottingen; Michel, Wurzburg; Schmidt, Rimpler, Marburh; Schweigger, Berlin; Von Zehender, Rostock. On est prié de s'adresser au Dr Schweigger, membre-gérant, Berlin N W., Roonster. 6, pour tout ce qui concerne spécialement la section; et au bureau du Dr Lastar, secrétaire général, Berlin N. W., Kallstr. 19, pour ce qui concerne le Congrès en général.

Programme provisoire de la section d'ophtalmologie : 1° *L'ophtalmologie sympathique*; 2° *Le trachome*; 3° *L'influence de la lumière électrique sur l'œil.*

Université de Nancy.

Fêtes Universitaires.

Trois délégations de l'université de Nancy se sont présentées chez le Ministre de l'Instruction publique pour l'inviter à venir, accompagné de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, assister aux fêtes qui se donneront à Nancy, le 28 juin, pour l'inauguration de la statue de Jeanne d'Arc. M. Bichat, doyen de la Faculté des sciences, a parlé au nom des professeurs des quatre Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie. MM. Mathieu, Robinson et Paul Weill, étudiants, ont présenté deux adresses émanées du corps des étudiants; enfin, M. Leclaire, avocat, s'est présenté au nom du groupe des anciens étudiants de Nancy-Strasbourg. Voici le texte de l'adresse envoyée par les étudiants à M. le Ministre : « Les étudiants des quatre Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy reçoivent, des femmes de leurs professeurs, l'offre d'un drapeau qu'elles désirent leur faire remettre à l'occasion des fêtes de Jeanne d'Arc. Nos Facultés étant, vous le savez, Monsieur le Ministre, les héritières des Universités de Pont-à-Mousson et de Strasbourg, la cravate de ce drapeau sera aux couleurs lorraines et alsaciennes, la hampe surmontée de l'alérion lorrain, et, sur les trois couleurs nationales, seront inscrits les noms de Pont-à-Mousson, Nancy et Strasbourg. Les étudiants savent qu'un tel drapeau emportera avec lui, au milieu des fêtes universitaires de l'étranger, une parcelle de l'honneur français. Ils vous promettent de s'en souvenir et seraient heureux qu'il leur fût remis au nom du gouvernement, et en particulier par vous, Monsieur le Ministre, qu'ils considèrent comme leur chef naturel. »

Après Montpellier, voilà le Nord qui se lève à son tour et brandit à nouveau le drapeau de l'Université lorraine. On ne nous laissera tranquille que quand tout le monde aura le sien. A la rescousse, les retardataires et finissons-en rapidement; mais quel amour du décoratif! Nous sommes une nation bien vieille, puisque nous ne pouvons vivre sans nous enrôler sous une bannière quelconque. L'esprit d'indépendance baisserait-il dans la jeunesse?

Université de Bruxelles. — Une thèse d'agrégation refusée.

La jeunesse universitaire de Bruxelles est depuis quelques jours très montée contre la Faculté de philosophie de l'Université, qui a refusé une thèse d'agrégation présentée par un jeune docteur en philosophie et lettres, M. Dwelshauwers. Ses études terminées et son diplôme conquis, ce jeune homme était allé passer une année à Leipzig, où il s'était livré à des recherches physiologiques dans le laboratoire de M. Wundt. On raconte qu'il a soumis sa thèse à ce savant professeur qui la lui aurait renvoyée avec force compliments. Et non seulement l'on s'étonne que la Faculté bruxelloise se permette de différer d'opinion avec un savant allemand, mais on lui reproche de faire au candidat un procès de tendance incompatible avec le libre examen qui fut toujours en honneur à l'Université de Bruxelles, et de refuser la thèse à raison des doctrines matérialistes dont elle s'inspire. Est-ce bien là le motif du refus de la Faculté, qui, matérialisme ou spiritualisme à part, attendait peut-être du candidat une thèse de philosophie et non une thèse de physiologie. Peut-être cette Faculté trouve-t-elle que psychologie et physiologie ne vont pas ensemble? C'est regrettable. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas la première fois, paraît-il, qu'un candidat à l'agrégation se voit refuser, en Belgique, une thèse à raison des opinions qu'il défend. M. Adolphe Prins, professeur de droit pénal à l'Université, s'est trouvé dans ce cas il y a quinze ans. Sa première thèse fut refusée pour motif d'opinion. La seconde fut reçue. Le candidat avait changé de sujet, non d'avis.

Le Choléra en Espagne.

L'épidémie aurait débuté à Puebla où, le 13 mai, on comptait 100 cas et 20 décès. Depuis lors elle aurait continué à y faire des victimes et sévirait en outre actuellement à Montichelvo, à 12 kilomètres de Puebla, à Albaida, à Rugat, à Castellot, à Carcagente, à Jativa, à Ador, à Palma et à Valence. A Rugat, depuis le 12 mai, il y a eu 150 cas et 52 décès. Les autorités de Barcelone et de Valence ont prohibé toute inoculation anticholérique selon la méthode de Ferran.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Hanriot. — (3e *Série*): MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Rendu, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

MARDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Nélaton, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Debove, Gilbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hutinel, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Brun, Remy. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Hallopeau, Ballet. — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Quinquaud, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lefort, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Panas, Duplay, Bar. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Duguet, Hanot.

MERCREDI 25. — Médecine opératoire : MM. Marc Sée, Reynier, Poirier. — 1er de *Doctorat* (1re *Série*): MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Pouchet, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Hanriot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Ricard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Pinard, Delens, Jalaguier. — (2e partie) (1re *Série*): MM. Potain, Brissaud, Chantemesse. — (2e partie) (2e *Série*) : MM. Straus, Netter, Déjerine.

JEUDI 26. — Dissection : MM. Panas, Polaillon, Quénu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbene, Dieulafoy, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Ball, Duguet, Hanot.

VENDREDI 27. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bourgoin, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Pouchet. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Marc Sée, Delens,

(1) L'abondance de matières nous oblige à remettre au prochain numéro la fin des *Fêtes du Centenaire*.

Poirier. — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Tuffier, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, A. Robin, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Straus, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Fournier. Rendu, Letulle.

Samedi 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Quénu. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Polaillon, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Duguet, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Nélaton, Brun. — (2e *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Hutinel, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 25. — M. Saintu. Etude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. — M. Salmeron. De l'hystérie alcoolique. — M. Baudouin (Marcel). Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes pour rétrodéviations de l'utérus. — M. Vaudey. Plaies et ligature de la veine jugulaire interne.

Jeudi 26. — M. Soutakis. Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et bichloral antipyrie. — M. Poirrier. Contribution à l'étude du purpura alcoolique. — M. Cazes. De la tension artérielle dans quelques états pathologiques. — M. Wallerand. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathologie de la langue noire pileuse.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr G. T. H. KUCHENMEISTER.

Géo.-Fréd.-Henri Kuchenmeister est mort à Dresde, le 13 avril dernier, à l'âge de 69 ans. En lui disparaît l'un des fondateurs de l'Helminthologie moderne, science expérimentale au premier chef. Il eut le grand mérite de contribuer, par des expériences décisives, à démontrer les migrations des ténias et à prouver, contrairement à l'opinion admise à cette époque, que les cysticerques sont simplement l'état jeune des vers rubanés.

En 1855, il démontra, avec Haubner, que les œufs du *Tænia solium*, avalés par le porc, donnaient à celui-ci la ladrerie; toutefois, P.-J. van Beneden avait prouvé le même fait dès 1853. En cette même année 1855, puis en 1859, il fit l'expérience inverse et vit de jeunes *Tænia solium* se développer dans l'intestin de condamnés à mort, auxquels il avait fait avaler des cysticerques du porc, dissimulés dans du boudin ; mais cette fois encore il avait été devancé par Aloys Humbert. Quoi qu'il en soit, les expériences de Küchenmeister eurent un grand retentissement et exercèrent une influence considérable sur les idées de son temps : à ce titre, le médecin de Zittau mérite d'être considéré comme le rénovateur de l'Helminthologie.

C'est lui encore qui a nettement et définitivement établi, en 1852, la distinction anatomique entre les deux grands Ténias de l'homme : l'armé ou *Tænia solium*, et l'inerme ou *Tænia saginata*. Ce dernier, que Küchenmeister décrivit sous le nom de *Tænia mediocanellata*, avait été reconnu déjà par Gœze, en 1782, mais les distinctions établies par le pasteur de Quedlinburg n'avaient point trouvé, auprès des helminthologistes, la faveur qu'elles méritaient pourtant.

On doit à Küchenmeister une longue série de travaux sur les vers intestinaux ; en 1855, l'Académie des Sciences de Paris lui a décerné un prix Monthyon de 1,500 fr., en récompense des travaux mentionnés ci-dessus. Il est connu du public médical par son très important ouvrage : *Die Parasiten des Menschen* (Leipzig, 1855 ; 2e édition, 1881), qui a eu les honneurs d'une traduction anglaise (Londres, 1857). R. Bl.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 juin 1890 au samedi 14 juin 1890, les naissances ont été au nombre de 1139 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 442 ; illégitimes, 139, Total, 581. — *Sexe féminin* : légitimes, 398 ; illégitimes, 160, Total, 558.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 juin 1890 au samedi 14 juin 1890, les décès ont été au nombre de 913 savoir : 475 hommes et 438 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 9, T. 15. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 36, F. 25, T. 61. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 21, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 68, T. 180. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 10, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T, 8. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 34, T. 49. — Méningite simple : M. 13, F. 17, T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 18, T. 42. — Paralysie : M. 1, F. 2, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 24, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 10, T. 21. — Bronchite chronique : M. 18, F. 10, T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 20, F. 21, T. 41. — Gastro-entérite, biberon, M. 29, F. 19, T. 48. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 10, T. 19. — Sénilité : M. 7, F. 12, T. 19. — Suicides : M. 6, F. 6, T. 12. — Autres morts violentes : M. 11. F. 4, T. 15. — Autres causes de mort : M. 87, F. 72, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 3, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 18. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 23 ; illégitimes, 9. Total : 32.

Faculté des sciences de Paris. — Les inscriptions pour les examens de la licence ès sciences seront reçues au secrétariat de la Faculté des sciences, tous les jours, de 10 heures à midi, du lundi 23 juin au jeudi 3 juillet. La session s'ouvrira dans la seconde quinzaine de juillet.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — A la question orale d'anatomie la question posée a été : *Articulation du genou.*

Faculté des sciences de Paris. — M. Carvallo, docteur ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de physique à la Faculté des sciences de Paris (emploi nouveau).

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Lamy, chargé des fonctions d'aide-préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé aide-préparateur de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Locquette, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 22 juin 1890, dans la forêt de Carnelle. Rendez-vous à la gare du Nord, à midi, pour le train partant de Paris à midi 50 pour la station de Presles.

Ecole de santé de la marine. — La Commission présidée par M. le Dr Bérenger-Féraud, directeur du service de santé du ministère de la marine, pour choisir la ville où sera la future Ecole de médecine navale, a porté son choix sur Bordeaux. Cette dernière Ecole sera faite sur le modèle de l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Hôpitaux de Paris. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie, pour l'année* 1890-1891. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1890-1891. En conséquence, ils devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le mardi 24 juin, à 3 heures, dans l'amphithéatre de l'administration centrale, avenue Victoria, no 3 ; de 1re année, le vendredi 27 juin, à 3 heures.

L'Association générale des médecins de France au Ministère. — M. le Ministre de la Justice a reçu, le 16 juin 1890, la délégation de l'Association générale des médecins de France ; elle lui a présenté le projet de relèvement des tarifs applicable aux médecins légistes. M. le Ministre a promis son appui.

Distinctions honorifiques — *Légion d'honneur.* — M. le Dr Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne (Loire) est nommé chevalier de la Légion d'honneur. — *Officier d'Académie.* — M. le Dr Augeard (de Mareuil-sur-Lay) est nommé officier d'Académie, de même que M. le Dr Pourteyron (de Saint-Vincent-de-Conzenac).

CONSEIL ACADÉMIQUE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 2 juin 1890, pour l'élection au Conseil académique de Montpellier d'un délégué de la Faculté des sciences, en remplacement de M. Fabry, démissionnaire, M. Forcrand, professeur de chimie à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

LE CHOLÉRA A MOSSOUL. — D'après les dernières dépêches, le choléra serait réapparu à Mossoul.

LE DRAPEAU DES ÉTUDIANTS DE BORDEAUX. — Grâce à une souscription d'un certain nombre de professeurs des Facultés de Bordeaux, les étudiants de cette ville vont aussi avoir leur drapeau. Les dernières fêtes universitaires ont montré qu'ils étaient presque les seuls à ne pas en avoir. Les étudiants de Bordeaux auront un drapeau tricolore orné des armes de la ville, avec la devise de la Faculté de médecine : *Pro scientia, urbe et patria.*

MÉDECINE ET POLITIQUE. — Un ordre du jour du ministre de la guerre de Bulgarie, basé sur la décision de la cour martiale qui a examiné le procès Panitza, a ordonné la mise en jugement du docteur Mircof, médecin en chef de l'armée.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le Dr THIÉRY est chargé d'une mission en Ecosse, en Suède-Norvège, en Danemark et en Russie, à l'effet d'y étudier l'organisation des hôpitaux maritimes.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — Les professeurs des quatre Facultés de Nancy et de l'Ecole supérieure de pharmacie se sont réunis samedi soir en assemblée plénière, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres, sous la présidence de M. Lederlin, doyen de la Faculté de droit. L'assemblée a émis le vœu que fut créée à Nancy une Université réunissant en un seul groupe tous les établissements d'enseignement supérieur. Pour affermir l'union des diverses Facultés, elle a adopté en principe la création d'une *Société des Amis de l'Université*, faisant appel non seulement aux universitaires, mais encore à des personnes étrangères à l'Université. Une commission a été nommée pour élaborer les statuts de cette Société, qui seront discutés dans une réunion ultérieure.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GUILLON, ancien président de la Société de médecine pratique, est décédé à Portrieux le 16 juin. M. Guillon, qui était chevalier de la Légion d'honneur, avait été pendant le siège chirurgien-major du 28e régiment de Paris et des ambulances. Médecin de service à l'Opéra-Comique le jour de l'incendie, il reçut une médaille d'argent de la Société des sauveteurs de la Seine. M. Guillon était membre de la Société des gens de lettres ; il a succombé aux suites du diabète, à l'âge de cinquante-huit ans.— M. le Dr MOURONVAL (d'Avesnes). — On annonce la mort du célèbre gynécologiste américain, H. T. BYFORD, professeur de gynécologie à Chicago. Gynécologiste de Saint-Luke's-Hôpital et chirurgien de l'hôpital des femmes de Chicago, Byford était un praticien fort estimé aux Etats-Unis. On lui doit un grand nombre de publications importantes dans la partie où il s'était spécialisé, entre autres un bon traité des maladies des femmes, que nous avons cherché bien des fois et vainement à la bibliothèque de la Faculté de Paris. Voici la liste de ses principales publications: *Physiology, pathology, and therapeutics of muscular exercise*, 1858 ; — *A treatise on the chronic inflammation and displacements of the unimpregnated uterus*, 248 p., 1864 et 1871 (2e série) ; — *The pratice of medicine and accidents incident to women*, 1865, 565 p. — *The philosophy of domestic li4e*, 174 p., 1869. — *A treatise on the theory and pratice of obstetrics*, 469 p., 1870 et 1873, etc., etc. — M. le Dr Van den BURG, professeur de pharmacie à l'Université de Leyde. — M. le Dr Aureliano MAESTRE DE SAN JUAN, professeur à la Faculté de médecine de Madrid. — M. TIMBAL-LAGRAVE, pharmacien à Toulouse.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine). — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, a commencé ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin ; il les continuera le lundi et le vendredi à la même heure. Opérations le mercredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr QUINQUAUD a commencé le mercredi 18 juin, à 4 h. de l'après-midi, une série de conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu ; il les continuera les mardis suivants à la même heure (hôpital Saint-Louis, salle des Conférences).

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.— *Clinique dermatologique et syphiligraphique.*— M. HALLOPEAU, samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le samedi, à 9 heures.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XI. N° 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 JUIN 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INTERNE

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (*Idiotie myxœdémateuse*) ;

par BOURNEVILLE.

Les travaux que nous avons poursuivis depuis une quinzaine d'années soit à la Salpêtrière, soit à Bicêtre, et les notes assez rares d'ailleurs qui ont été publiées durant la même période sur l'idiotie, nous ont amené à distinguer, quant à présent, au point de vue anatomo-pathologique, les formes suivantes :

1° Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie (*idiotie hydrocéphalique*) ; — 2° Idiotie symptomatique de microcéphalie (*idiotie microcéphalique*) ; — 3° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions ; — 4° Idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau (*porencéphalie, absence du corps calleux*, etc.) ; — 5° Idiotie symptomatique de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse* ; — 6° Idiotie symptomatique de *sclérose atrophique* : *a*) Sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères ; *b*) Sclérose d'un lobe du cerveau ; *c*) Sclérose des circonvolutions isolées ; *d*) Sclérose chagrinée du cerveau (?) ; — 7° Idiotie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chronique (*idiotie méningitique*) ; — 8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse* liée à l'*absence de la glande thyroïde.*

Notre but, dans cette communication (1), c'est de faire connaître l'*idiotie myxœdémateuse* qui constitue un chapitre important de l'histoire d'une maladie dont la connaissance récente est due d'une part à M. Charcot, à ses élèves (2) et au Dr Morvan (3) et, d'autre part, aux auteurs anglais, en tête desquels il convient de placer MM. Gull, Ord, Hadden, etc. ; nous voulons parler de la *cachexie pachydermique* ou *myxœdème.*

C'est en 1880 que nous avons publié la première observation d'idiotie avec cachexie pachydermique. Depuis lors, nous n'avons cessé de nous occuper de cette question. Une partie des matériaux que nous avions recueillis a été utilisée par l'un de nos élèves, le Dr Bricon, pour un mémoire couronné par la *Société médico-psychologique* (concours Belhomme, 1885). Nous avons complété ces documents et publié avec lui, en 1886 (4) un mémoire reposant sur 13 observations, puis en 1888 (5), nous avons donné la relation de nouvelles observations personnelles ou empruntées à d'autres auteurs. Avant d'aborder l'exposé des documents inédits que nous avons rassemblés, nous croyons utile de résumer, dans un tableau, les observations qui ont servi de base à nos premiers travaux :

NOM de L'OBSERVATEUR.	AUTOPSIE.	POIDS.	TAILLE.	AGE.	SEXE.
Curling.	Absence de glande thyroïde.	—	63 cent. 1/2.	10 ans (?).	Fille.
—	Absence de glande thyroïde.	—	—	1 an (?).	—
Hilton Fagge.	—	25 livres.	76 cent.	8 ans.	Garçon.
Flechter Beach.	Absence de glande thyroïde.	11 kil. 530 gr.	78 cent.	—	—
Bourneville.	—	37 kil.	1 m., 27.	32 ans.	—
Bourneville.	Absence de glande thyroïde.	21 kil. 100 gr.	0 m., 90.	24 ans.	—
Bouchaud.	Absence de glande thyroïde.	47 kil.	0 m., 90.	16 ans.	—
Charpentier.	—	—	—	—	Fille.
Coxwell.	—	—	—	13 ans.	—
A. Routh.	—	35 kil. 240 gr.	1 m., 05.	25 ans.	—
Ball.	?	—	—	31 ans.	Garçon.
Delasiauve.	?	—	—	—	—
Goodhart.	—	—	—	4 ans.	Fille.
Bourneville.	—	—	0 m., 76.	5 ans.	—
Bourneville.	—	—	0 m., 89.	27 ans.	—
Camuset.	—	—	0 m., 86.	24 ans.	—
Cousot.	—	—	—	32 ans.	—

De ces 17 cas, il en est cinq dans lesquels on a relevé l'absence complète de toute trace de la glande thyroïde; dans trois autres cas, l'autopsie du cou n'a pas été pratiquée. Chez les autres malades vivants, l'examen attentif de la région cervicale n'a pu faire découvrir de glande thyroïde.

Nous arrivons maintenant aux cas nouveaux, au nombre de huit, dont trois ont été empruntés aux journaux spéciaux et dont les cinq autres ont été recueillis par nous. Nous allons donner une rapide analyse des premiers.

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un pauvre homme, quasi mendiant, qui excitait la charité des voyageurs à la station de Sagunto, en Espagne. Tout le monde le connaissait sous le sobriquet de *Quiquorum* auquel ses innocentes bouffonneries avaient donné origine. Son type rappelait celui d'un crétin. C'est à ce titre qu'il avait attiré l'attention de quelques médecins et entre autres du Dr Gimeno. Ce médecin, ayant eu l'occasion de lire les travaux de M. Charcot et de ses élèves, en particulier l'observation du Pacha et les mémoires des auteurs anglais, fut amené à examiner plus attentivement le

(1) Ce travail a été communiqué à la section de médecine de l'*Association française pour l'avancement des Sciences* (séance du 14 aout 1889).

(2) G. Ballet (*Prog. méd.*, 1880, n° 30): Hadden (*Ibid.*, nos 30 et 31); Bourneville et d'Olier (*Ibid*, n° 35) ; Thaon (*Revue de méd. et de chirurg.*), août 1880) ; Ridel-Saillard (Thèse de Paris, 1881), etc.

(3) Voir *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1881, p. 542, 557, 573, 590.

(4) *Arch. de Neurologie*, Tome XII, p. 137, 192.

(5) *Arch. de Neurologie*, Tome XVI, p. 431 ; Tome XVII, p. 85, 90, 479.

prétendu crétin de Sagunto et le fit venir à Valence. Il en prit plusieurs photographies. « Le dessin qui accompagne cette note, dit-il, est la copie de l'une d'elles. On y voit, moins bien pourtant que sur la photographie, les mains, la jambe et le pied gauches notablement augmentés de volume, avec tous les caractères assignés par les cliniciens étrangers au myxœdème de Ord, ou à la cachexie pachydermique de Charcot. Néanmoins, en raison de la limitation du gonflement, qui ne s'étendait pas aux autres parties du corps et que l'on pouvait à peine retrouver à la face, je ne me hasardai pas, bien que j'admisse dès à présent l'analogie entre mon malade et ceux qui ont été observés en Angleterre et en France, à assurer que l'affection fut identique ; et c'est à cause de cela, comme aussi à cause de l'existence du crétinisme, que j'appelai *pachydermie crétinoïde* l'altération pathologique dont je m'occupe.

« Quelque temps après, dans les *Archives de Neurologie*, fut publié, par MM. Bourneville et Bricon, un remarquable travail sur la *cachexie pachydermique*, travail dans lequel, après avoir passé en revue tous les malades cités par les différents auteurs, ils disaient que Charcot, dans ses voyages, avait vu deux cas de la même maladie, l'un en Vénétie et l'autre *sur le trottoir de la station de Sagunto* en Espagne, ce qui donnait à mon opinion une flatteuse confirmation (1). »

Observation II. — X..., âgé de 4 ans. Parents suédois, en bonne santé, intelligents et bien développés. Aucun exemple d'une semblable maladie dans la famille, de l'un et l'autre côté. Le père est un artisan dans une situation confortable. Deux autres enfants, l'un plus vieux, l'autre plus jeune que le malade sont normaux.

Le malade est très petit (77 cent. 1/2). Sa tête est large, les fontanelles sont ouvertes, le nez est aplati, les lèvres sont épaisses et la bouche reste ouverte. Dans la première enfance, les cheveux étaient noirs et frisés. Ils sont devenus graduellement blonds, raides et assez épais. Au-dessus de la clavicule, en dehors du bord externe des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, existent des tumeurs graisseuses caractéristiques ; elles sont presque du volume d'un œuf de poule. Des tumeurs graisseuses analogues, mais moins volumineuses, existent dans les aisselles, au niveau des mollets (?). Le ventre est pendant, les côtes légèrement écartées (?). Les épiphyses des différents os n'ont pas un volume exagéré. Les membres supérieurs et inférieurs sont très courts, les doigts et les orteils sont épais.

On ne peut sentir la glande thyroïde. L'enfant peut se tenir debout, mais avec un aide ; il n'a jamais marché. Lorsqu'on l'excite, il fait entendre un bruit particulier de croassement ressemblant quelque peu à celui que l'on entend dans la laryngite striduleuse, mais sans dyspnée. Son caractère est doux, son développement mental est très arriéré : c'est un imbécile. Digestion bonne ; constipation habituelle ; il n'a jamais eu de maladie pouvant expliquer le développement du myxœdème. La première dent a paru vers le 6e mois ; les premières tumeurs du cou se sont montrées vers le 7e mois et celles de l'aisselle peu après (2).

Observation III. — Le Dr Suckling a montré à la Midland medical Society une petite fille âgée de 4 ans, atteinte de crétinisme sporadique, née à Birmingham. Son père, homme rangé, est mort d'une inflammation des poumons. Un demi-frère (?) paternel a un enfant idiot. Une tante paternelle, ivrognesse consommée, est en traitement pour une paralysie alcoolique. Un frère, mort dans les convulsions, à la suite d'une coqueluche, était bien conformé.

Dès les premiers temps de la vie, la mère de la petite malade a remarqué que la langue était pendante, puis, que la voix avait quelque chose de particulier.

L'état actuel de l'enfant rappelle tout à fait le type du myxœdème: Peau de la face pâle et translucide ; faux œdème des paupières supérieures et inférieures; nez large et aplati; lèvre inférieure large, légèrement cyanosée et pendante.

(1) Gimeno (Amalio). — *La p[...]quiderma cretinoides* (*La Medicina practica*, 3 avril 1889, p. 137. Nous devons la traduction de l'article, dont nous extrayons cette note, à notre ami Ch.-H. Petit-Vendol.

(2) Emmet Holt. — L'indication a été égarée.

Langue très grosse, ordinairement sortie de la bouche ; papilles hypertrophiées. Peau généralement très rude, surtout aux mains et aux pieds qui sont gonflés, parfois cyanosés. Taille, 65 centimètres (1). Poids : 10 kil. 885.

Circonférence de la tête, 46 centimètres. Le front n'est pas très fuyant, l'occiput est un peu proéminent, le sommet de la tête est aplati. Les fontanelles sont fermées (?), les cheveux sont peu abondants, les dents sont toutes détériorées. Les bras et les jambes sont courts, le ventre n'est pas très gonflé. Caractère placide. Parole limitée à quelques mots. Station debout impossible. *Aucune trace de la glande thyroïde.* Cou court et épais. Pas de tumeurs graisseuses dans les triangles postérieurs. Température au-dessous de la normale. Urine exempte d'albumine. L'état de l'enfant n'était pas la conséquence d'une autre maladie (2).

Cette observation, de même que la précédente, telles que nous les rapportent les recueils auxquels nous les avons empruntées sont très incomplètes et les malades ne semblent pas avoir été étudiés avec beaucoup de soin. Le Dr Suckling écrit par exemple que chez sa malade, âgée seulement de 4 ans, les fontanelles étaient fermées. On peut en douter, car, ainsi que nous le verrons plus loin, même chez des malades âgés de 25 ou 30 ans, on constate encore leur persistance.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

Sur le Sulfonal chez les Aliénés ;

par J. Roubinovitch, interne à Sainte-Anne.

Depuis 1888 l'attention des psychiâtres étrangers et français s'est portée d'une façon toute particulière sur un nouveau produit soporifique, un disulfone trouvé par les professeurs Baumann et Kast et nommé par eux sulfonal. Mon excellent maître, M. le Dr Bouchereau, dont j'avais l'honneur d'être interne en 1889, a bien voulu m'autoriser à expérimenter ce médicament sur les malades de son service, si riche en matière clinique. Qu'il me soit permis de le remercier ici pour sa bienveillance et pour les conseils qu'il m'a donnés au cours de ce travail.

Avant d'exposer mes observations personnelles, je crois utile de présenter un historique très succinct du Sulfonal au point de vue chimique et surtout thérapeutique.

En 1885 (3) les professeurs Baumann et Kast (de Fribourg) ont observé une combinaison particulière des éthers sulfhydriques acides ou les mercaptans avec les aldéhydes; cette combinaison s'accompagne d'élimination d'eau. Etant données les analogies *des mercaptans* (alcools sulfurés) avec les alcools, de $C^4 H^6 S^2$ par exemple avec $C^4 H^6 O^2$, il a considéré les nouveaux composés comme des acétols sulfureux, pour rappeler la formation des acétols par la combinaison des aldéhydes avec les alcools. Il a nommé ces acétols sulfureux *mercaptols*. Il a décrit un certain nombre de corps de ce genre. Quelques-uns se produisent directement, mais tous s'obtiennent rapidement, quand on fait passer du gaz chlorhydrique dans le mélange d'un mercaptan avec un aldéhyde ou un acétone. C'est ainsi notamment qu'en dirigeant un courant de gaz chlorhydrique dans le mélange de *une* partie d'acétone et de *deux* parties

(1) L'auteur fait remarquer qu'à cet âge, la taille est en moyenne de 90 centimètres.

(2) *The Lancet*, 1889, Tome I, p. 895.

(3) *Bericht. der deut. chemis. Gesellschaft*, t. XVIII, p. 883.

de mercaptan éthylique, le liquide se chauffe et se trouble par séparation d'eau :

$$C^6 H^6 O^2 + 2 C^4 H^6 S^2 = C^{14} H^{16} S^4 + H^2 O^2$$

Acétone. Mercaptan. Mercaptol. Eau.

Toutefois les acétones donnant sous l'influence de l'acide chlorhydrique sec des produits de condensation non susceptibles de se combiner au mercaptan, le mercaptol formé est accompagné en grande proportion de ces produits secondaires qu'on a ensuite quelque peine à séparer; pour éviter cet inconvénient, il est préférable de n'ajouter que peu à peu l'acétone dans un excès de mercaptan bien refroidi et soumis à l'action du courant gazeux. La réaction achevée, on enlève le mercaptan en excès par des lavages du produit, effectués d'abord à l'eau, puis à la soude. On obtient ainsi un liquide mobile, insoluble dans l'eau, très réfringent, bouillant à 190°-191°. M. Baumann a désigné ce mercaptol particulier par le nom de dithio-éthyl-diméthyl-méthane ou en formule : $(C^2 H^3)^2 (C^4 H^5 S^2)^2$. Quand on oxyde un acétol sulfuré il fixe aisément 2 O^2 et se change en un dérivé auquel M. Baumann donne le nom générique de *disulfone*, nom donné antérieurement par M. R. Otto à un groupe de composés d'une autre origine doués des propriétés différentes, mais caractérisées par la présence hypothétique de 2 groupes $S^2 O^4$ qu'on peut supposer aussi comme existant dans les nouveaux dérivés.

Un semblable produit d'oxydation se forme en particulier en partant du mercaptol engendré par l'acétone et le mercaptan éthylique. Pour l'obtenir, on agite le mercaptol avec une solution froide de permanganate de potasse à 5 p. 100, en ajoutant de temps en temps quelques gouttes d'acide acétique ou sulfurique. On verse du réactif jusqu'à ce que celui-ci cesse de se décolorer. A ce moment, des aiguilles cristallines du corps oxydé nagent dans le liquide. On chauffe au bain-marie, on filtre à chaud et on chasse par évaporation la moitié du liquide. En refroidissant, la liqueur laisse déposer la plus grande partie du disulfone formé. On le purifie en le faisant recristalliser dans l'eau ou dans l'alcool. C'est le corps qu'on a désigné d'abord sous le nom de

diéthylsulfone - diméthyl - méthane

et que l'on nomme aujourd'hui sulfonal. Ce produit se présente sous la forme de cristaux épais, solubles dans 500 parties d'eau à 15°, et dans 15 parties d'eau bouillante, ou dans 65 parties d'alcool froid ; assez soluble dans la benzine, l'éther et le chloroforme. Il fond à 130°-131° C. Baumann prétend qu'une modification peu considérable de ce point de fusion suffit pour faire perdre à ce médicament son action somnifère. Il est curieux de noter que Scholwien, qui avait le même produit que Baumann, a trouvé comme point de fusion 125°,5 C. et Œstreicher 125°-126° C. Il bout vers 300°, en s'altérant. Le liquide distillé est jaune et cristallise en se refroidissant quoique souillé de quelques matières d'altération.

Les alcalis bouillants ne le modifient pas. Le brome le dissout sans l'altérer. Par l'amalgame de sodium ou par l'étain et l'acide chlorhydrique on n'a pas réussi à le réduire. Il se dissout facilement dans l'acide sulfurique concentré et la solution chauffée se détruit en dégageant de l'acide sulfureux; la solution sulfurique l'abandonne quand on la dilue. Il n'est pas attaqué par l'acide nitrique même après ébullition prolongée. Ce fait pourrait donner à penser que le sulfonal est le produit ultime de l'oxydation du mercaptol correspondant. Il n'en est rien. Ce dernier est détruit énergiquement, avec une sorte d'explosion, par l'acide nitrique concentré; l'acide dilué lui-même ne forme pas de sulfonal, mais immédiatement les produits de sa destruction. Au moyen du permanganate cette destruction est limitée et 6 gr.,5 de mercaptol donnent 4 gr.,8 de sulfonal. Existe-t-il un réactif de ce corps si stable et si résistant à la plupart d'acides et d'alcalis? Un de ses inventeurs, Kast, prétendait que le sulfonal ne présente aucune réaction caractéristique. Pour lui, on retrouve ce médicament en majeure partie dans les urines, sous forme d'acide sulfo-conjugué. Cependant, M. G. Vulpius (1) a indiqué, pour caractériser le sulfonal, corps très stable et résistant énergiquement à la plupart des réactifs, de chauffer un mélange à parties égales et sec, de ce composé, avec le cyanure de potassium ; il se produit des vapeurs de mercaptan dont l'odeur est très caractéristique. En outre, la masse fondue, reprise par l'eau, donne avec les persels de fer la coloration rouge due à la formation de sulfocyanate alcalin. M. E. Ritsert (2) obtient le même résultat en plaçant 1 à 2 décigrammes de sulfonal dans un tube à essais bien sec, chauffant jusqu'à ce que le liquide en fusion dégage des bulles gazeuses, et ajoutant alors de 5 à 10 centigrammes d'acide pyrogallique le liquide brunit et dégage des vapeurs de mercaptan. Une réaction assez simple consiste à chauffer le sulfonal avec du charbon; il se produit alors un dégagement des vapeurs de mercaptan avec leur odeur caractéristique; en outre, ces vapeurs étant chargées d'acides divers rougissent fortement le papier de tournesol. Cette dernière réaction a été proposée par Schwartz (3). Tandis que Baumann a limité ses études au disulfone, dit sulfonal, Kast a étendu ses expériences à d'autres disulfones au nombre de neuf. Nous les énumérons ici simplement en nous réservant d'indiquer plus bas leur valeur thérapeutique. D'après cet auteur, ce sont :

1. Ethylidinédiéthylsulfone,
2. Benzylidénédisulfone,
3. Acétonédiméthylsulfone,
4. Propylidénédisulfone,
5. Méthylénédiéthylsulfone,
6. Ethylsulfone,
7. Isobutylidénédisulfone,
8. Diéthylcétonédiéthylsulfone,
9. Ethylméthylcétonédiéthylsulfone.

Mais, de tous les dissulfones, le sulfonal seul était proposé par Baumann et Kast comme un moyen soporifique, et la fabrique de Bayer était spécialement chargée de la fabrication de ce nouveau produit. Il est donc naturellement nécessaire de se servir du sulfonal de cette origine pour pouvoir juger la valeur des observations de ces deux auteurs. Nous nous sommes placés dans ces conditions et nous devons cependant remarquer que le sulfonal Bayer n'est pas dépourvu de tout goût, comme le prétendent Baumann et Kast; il présente cette particularité que M. Samuel Garnier a notée dans son travail sur ce médicament: que dans une solution chaude, le sulfonal a un goût amer suffisamment prononcé pour éveiller l'attention du malade. Quoi qu'il en soit, passons successivement en revue les différentes publications qui ont paru sur l'action thérapeutique du médicament qui nous intéresse. Et d'abord qu'en disent Baumann et Kast ? Les recherches

(1) *Apotheker Zeitung*, 1888, t. III, p. 247.
(2) *Pharm. Zeit.* 1888, t. XXXIII, p. 312.
(3) *Pharm. Zeit.*, 1888, t. XXXIII, p. 405.

expérimentales de Baumann (1) ont démontré que le sulfonal n'a aucune influence sur la respiration, le pouls et la pression sanguine ; la température chez les cochons d'Inde *s'abaisse* un peu sous son influence ; il n'a pas d'action notable sur la force digestive des glandes gastriques et intestinales.

Après de nombreux essais sur les animaux, les chiens en particulier, *Kast* a remarqué que le sulfonal administré à des chiens détermine, une 1/2 ou 3/4 d'heure après, des troubles de coordination de mouvements dans les pattes postérieures suivis fréquemment de sommeil. Ces troubles moteurs se présentent à forme ataxique, puis l'équilibre dans les mouvements en avant se perd, l'animal tombe et s'endort. Donné à des chiens, à haute dose, il n'abaisse pas la pression sanguine et n'a aucune action fâcheuse sur les éléments du sang.

Chez l'homme, Kast l'a administré à la dose de 2 à 3 grammes, et il a obtenu les résultats les plus satisfaisants dans l'insomnie nerveuse et fébrile, la démence sénile et chez les maniaques ; le sommeil était profond, avait une durée de 6 à 8 heures, et ne s'accompagnait d'aucune suite désagréable. Le sommeil arrivait généralement une 1/2 heure ou jusqu'à 2 heures après l'ingestion du médicament. Il préconise, comme dose moyenne, 2 grammes, dans un grand nombre de cas, la dose de 1 gramme a été insuffisante chez les femmes. Chez les hommes robustes, la dose de 3 grammes a pu être, dit-il, dépassée sans aucun inconvénient grave. Ainsi, il donnait à des hommes sains 3, 4 grammes de sulfonal ; ce dernier provoquait, dans la plupart des cas, une sensation de lassitude et de somnolence, parfois même, un véritable sommeil et jamais il n'aurait observé des troubles de la motilité. Pour lui, le sulfonal est parfaitement toléré par les organes digestifs ; il n'a non plus aucun mauvais effet sur le cœur et le système vasculaire ; et, comme résumé, Kast pense que le sulfonal est un agent capable de favoriser le besoin périodique du sommeil et de le déterminer quand il manque (2).

Comme nous l'avons dit plus haut, Kast a étendu ses expériences à d'autres disulfones ; en voici les résultats:

1. *Etylidénédiétylsulfone*,

il a la même action sur les *animaux* que le sulfonal ; en plus, il a une action paralysante sur le cœur. Chez l'*homme*, il détermine de l'oppression, des palpitations et de l'urticaire.

2. *Benzylidénédisulfone*,
3. *Propylidénédisulfone*,
4. *Acétonédiméthylsulfone*,
5. *Méthylénédiéthylsulfone*,
6. *Ethylsulfone*,

tous ces *cinq* disulfones sont complétement inertes.

7. *Isobutylidénédisulfone*,

il détermine des violentes convulsions cloniques et toniques durant plusieurs heures.

8. *Diéthylcétonédiéthylsulfone*,
9. *Ethylméthylcétonédiéthylsulfone*.

(1) Baumann. — *Op. citato.*

(2) *Sulfonal, ein venes Schlafmittel.* Berlin. *Klin. Wochenschr.*, 1888, N° 16, p. 309. — Même auteur : *Ueber die Art der Darreichung und Verordnung der Sulfonals. Therap. Monatshefte*, 1888, Juli.

ils sont soporifiques, mais ils déterminent des troubles moteurs graves qui persistent plusieurs jours.

Vient ensuite le travail du Dr Rabbas (de Marbourg) qui a essayé le sulfonal chez 27 aliénés de formes diverses (1). Le mode d'administration consistait à donner le sulfonal dans un verre d'eau. Il était pris généralement sans difficulté. Les conclusions auxquelles l'auteur arrive sont les suivantes. L'action soporifique du sulfonal est positive même chez les individus accoutumés aux narcotiques. A la dose de 2 à 3 grammes, il a une efficacité plus certaine que l'hydrate d'amyline et la paraldéhyde à des doses plus considérables.

Il est bien préférable encore à ces deux médicaments au point de vue de l'odorat et du goût. Comparé à l'hydrate de chloral, le sulfonal manifesterait son action moins vite que ce médicament, mais son effet serait plus durable. Les mêmes doses de 2 à 3 grammes ont des effets nets et positifs, même chez les agités. Pour M. Rabbas il n'y aurait pas d'accoutumance au médicament. Le sommeil survient généralement au bout d'une demi-heure ; plus rarement au bout de 1 à 2 heures ; sa durée est de 6 à 8 heures en moyenne, et quelquefois les malades dormaient pendant une bonne partie de la matinée. Voilà pour la quantité du sommeil. Quant à la qualité, il était dans tous les cas normal. Même après un usage prolongé, le sulfonal n'a troublé les fonctions d'aucun appareil important : digestif, respiratoire ou circulatoire. A ce dernier égard, conclut l'auteur, le sulfonal offre une supériorité incontestable sur l'hydrate de chloral dont l'action sur le cœur et l'estomac est absolument fâcheuse. Enfin, comme tous les hypnotiques, le sulfonal échoue parfois.

M. H. Rosin (2) a fait une série d'expériences intéressantes sur 82 malades atteints d'affections diverses, et, pour vérifier les résultats obtenus, il les a comparés à ceux qu'il a obtenus sur des médecins (y compris lui-même) et sur des étudiants. Il a administré le sulfonal aux doses de 1 à 4 grammes. Il a trouvé qu'à la dose de 2 grammes le sulfonal est un soporifique sûr ne donnant lieu à aucun phénomène désagréable et échouant tout à fait exceptionnellement. Ses effets équivalent à ceux de 0 gr. 01 centigr. ou 0 gr. 015 milligr. de chlorhydrate de morphine sans en avoir les inconvénients. Le sommeil arrive généralement au bout d'un temps compris entre une demi-heure et une heure et demie. L'auteur donne la préférence à la morphine dans les cas où l'insomnie dépend d'une toux quinteuse ou de douleurs. A la dose de 4 grammes, le sulfonal provoque un sommeil très intense qui dure 3 ou 4 heures le jour et 8 à 12 heures la nuit. Au réveil, il existe une sensation de vertige qui se prolonge souvent toute la journée. La nuit suivante, sans que l'on prenne le sulfonal, le sommeil est encore plus profond qu'à l'ordinaire et les quintes de toux de la bronchite aiguë sont mieux supprimées qu'avec 0 gr. 01 centigr. de morphine. Rosin insiste sur la sensation vertigineuse ; il l'a trouvée durable dans certains cas. En tout cas, il n'y avait pas d'autres symptomes incommodes. Il arrive à cette conclusion que la dose de 4 grammes est trop forte et qu'il ne faut pas y recourir sans nécessité urgente. La véritable dose soporifique de sulfonal est celle de 2 grammes, et dans toutes les insomnies simples elles est à recommander.

(1) *Ueber die Wirkung der Sulfonals.* Berlin. *Klin. Wochenchr.*, 1888, n° 17, p. 330. — Analysé in *Progr. Méd.* du 28 juillet 1888.

(2) Heinrich Rosin. — *Ueber die Wirkung des Sulfonals. Berlin. Klin. Wochen.*, 1888, N° 25, p. 499.

Schwalbe (1) sur 50 sujets atteints des affections les plus diverses, a obtenu assez rapidement le sommeil chez 33. Le succès était toujours constant dans le cas d'insomnie nerveuse, mais incertain et faible dans le cas d'affections organiques ; l'auteur conclut de là que le sulfonal est plutôt un hypnotique qu'un narcotique. Dans les affections fébriles comme la fièvre typhoïde ou la pneumonie et dans toutes les maladies où l'on peut redouter l'affaiblissement du cœur, le sulfonal est préférable à la morphine et au chloral, parce qu'il ne modifie aucunement ni la température, ni le pouls, ni la respiration. Il est utile non seulement chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant. La dose pour l'adulte est de 1 à 2 grammes. Les accidents, sans aucune gravité et très passagers, tels que vertige, céphalée, malaise, vomissements, diarrhée, se sont manifestés sous l'influence de ce médicament dans dix cas seulement.

Oestreicher (2) a essayé le sulfonal surtout chez les morphinomanes. Il le donnait à la dose de 2 à 3 grammes dans un verre d'eau, et au début du traitement par la suppression brusque il a constaté une action aussi inefficace que celle du chloral, de l'amylène ou de la paraldéhyde. Chez les autres malades, le sulfonal s'est montré comme un soporifique inoffensif ne déterminant aucun phénomène consécutif désagréable, n'ayant aucune action fâcheuse sur la respiration, le pouls ou les reins. Cependant il constate que son action n'est pas absolument certaine, mais lorsqu'il agit sa force paraît égale au chloral auquel il est toutefois supérieur chez les cardiaques ; en outre, il ne détermine pas d'ivresse ni d'excitation passagère et le sommeil qu'il provoque est profond et durable. L'observation a porté sur 50 malades.

D'après Ewald (3) le sulfonal aurait son application heureuse dans les cas des troubles fonctionnels du système nerveux et de psychose ; il n'aurait qu'une action douteuse dans les cas d'insomnie tenant à une affection organique (cœur, artério-sclérose, emphysème, etc...). Il démontre que l'élimination de ce médicament est très lente et que restant longtemps dans l'organisme il continue son action les jours qui suivent son administration. Il cite l'observation d'une aliénée âgée qui, après avoir pris 2 grammes de sulfonal, est restée deux jours après plongée dans la somnolence. Ce fait se reproduisait chaque fois que l'on lui donnait cette dose.

Fraenkel 4) s'est servi dans ses expériences non pas du sulfonal de Beyer mais de celui de Riedel qui a un goût beaucoup plus amer. Les aliénés et les individus auxquels il a administré ce sulfonal-Riedel, à la même dose que l'on donne le sulfonal-Beyer, ont très bien dormi, mais le lendemain de l'administration du médicament, pendant toute la journée, les sujets éprouvaient une lassitude extrême, une lourdeur de tête et une sensation de brisure dans les membres.

Salgo (5) a fait des expériences comparées sur l'hyoscine et le sulfonal. Pour ce dernier il a constaté une action nette à la dose de 1 à 3 grammes une demi-heure après son administration ; le sommeil obtenu durait de 6 à 8 heures.

(1) Schwalbe. — *Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung. Deut. Medic. Wochen.*, 1888, N° 25, p. 499. — *Nachtragliche Bemerkungen uber die Sulfonalwirkung. Deut. Medic. Woch.*, 1888, N° 35.

(2) Oestreicher Carl. — *Zur Wirkung des Sulfonals. Berl. Klin. Wochen.*, N° 25, 1888, p. 501.

(3) Ewald. Sulfonal.— *Berlin. Klin. Woch.*, 1888, n° 25, p. 516.

(4) Fraenkel. — *Einige Bemerkungen ueber die Wirksamkeit des Sulfonals.* Ibid., 1888, n° 30.

(5) Salgo.— *Hyoscin und Sulfonal. Wien. Medic. Wochen.*, n° 22, 1888.

Les expériences de Langaard et Rabow (1) confirment celles du professeur Kast que nous avons exposées plus haut. De même Kramer (2) répéta les premiers essais de Kast et est arrivé aux mêmes conclusions qu'il a communiquées au mois de juin 1888 à la 13e réunion des neurologistes et médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne. Il a cherché à déterminer l'influence des différents remèdes hypnotiques sur la digestion stomacale, et tandis que le chloral, la paraldéhyde et l'hydrate d'amylène déterminalent un ralentissement de cette fonction, le sulfonal ne l'entravait d'aucune façon.

Otto (3) a essayé le sulfonal d'une part comme un moyen calmant dans certains états d'excitation prolongée et d'autre part comme un hypnotique. Le nombre de malades observées (femmes) était de 35. D'une façon générale les résultats étaient satisfaisants et ce n'est que très rarement qu'il observait des accidents d'ailleurs insignifiants, comme vertige, nausées, etc. Pour obtenir un effet calmant dans le cas où l'excitation dépend d'une douleur névralgique quelconque il conseille des doses fractionnées de 0 gr. 50 centigr. répétées 5, 6 fois par jour. Pour l'effet hypnotique il est préférable de donner en moyenne 2 grammes en une seule fois. (*A suivre*).

(1) Langaard und S. Rabow. — *Ueber Sulfonal* Thérap. Monatshefte, 1888, mai.

(2) Kramer. — *Uber die Wirkung des Sulfonals bei Geiseskranken. Münch. Medic. Wochen.*, 1888, n° 24.

(3) Otto.— *Ueber Sulfonal. Algem. Zeitschrs. für Psychiatrie*, 1888, 45 Band, 4 Heft.

Hospices de Lyon. — *Concours pour la nomination de pharmaciens adjoints.*—Le 7 août 1890, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour sept places de pharmaciens adjoints, et d'un nombre à fixer au moment du concours de pharmaciens adjoints suppléants, appelés à faire le service des pharmacies dans les hôpitaux et hospices de Lyon. La durée des fonctions est de deux ans. Les pharmaciens sont nourris et reçoivent un traitement mensuel de 40 francs.

Un remède contre le choléra en Chine. — Un moyen qui faisait merveille pendant l'épidémie de 1887, à Port-Arthur, consistait à enfoncer profondément une aiguille, precisément dans le creux épigastrique, et les abominables sorciers qui se livraient à cette pratique affirmaient que ceux qui ne mourraient pas immédiatement étaient sûrs d'être guéris. Et ils avaient des clients!

Prix de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (année 1889-1890). — 1° *Prix Seutin. Deux questions de chirurgie. Première question* : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. Prix : une somme de cinq cents francs. — *Deuxième question* : De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau. Prix : une somme de 500 francs. — 2° *Prix Dieudonné : Question de médecine. Troisième question* : Faire l'histoire du diabète pancréatique en insistant sur la physiologie pathologique de cet état et sur le traitement. Prix : Une médaille en or de la valeur de 200 francs. — La Compagnie se réserve d'accorder des médailles d'une valeur à fixer à deux des concurrents qui, sans avoir mérité le prix, auraient cependant présenté un travail digne de l'insertion dans l'un des journaux de la Société. Les mémoires écrits lisiblement en français devront être adressés au secrétaire de la Société, M. le Dr Stiénon, rue du Luxembourg, 5, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1890. Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté contenant les noms, qualités et domicile de l'auteur et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise ou de l'épigraphe inscrite en tête du mémoire. Tout manuscrit envoyé à la Société devient sa propriété. Tout mémoire couronné sera imprimé, soit en entier, soit en partie, dans l'un des journaux publiés par la Compagnie, et l'auteur aura droit à 100 exemplaires tirés à part de son travail.

Récompenses. — Des médailles ont été décernées par l'Association philotechnique et offertes par la Société des anciens élèves aux docteurs en médecine, professeurs de l'Association, ayant dix ans de services actifs, dont les noms suivent : MM. les Drs Andrey, Besnard et Rives.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Pereat et Scientia ! (1)

Avec une persévérance qui pourrait avoir les plus heureux effets, si elle s'appliquait à de meilleures causes, le Ministre de l'Instruction publique vient de saisir pour la seconde fois les Facultés de Médecine d'un projet tendant à la suppression pure et simple de la première année d'études. Une première fois, les Facultés se sont montrées réfractaires, comprenant que le projet, au sujet duquel on les avait consultées, n'aurait d'autre résultat que d'amener un abaissement dangereux du niveau des études médicales ; elles ont eu le bon esprit de ne pas se laisser mutiler. Aujourd'hui, la question revient sur le tapis, mais sous une autre forme.

On a tant crié l'an dernier, un peu partout, et notamment au sein de l'Académie, contre le surmenage intellectuel et contre le baccalauréat, ce pelé, ce galeux ! que l'administration s'en est justement émue. Oui, le baccalauréat est une institution qui appelle les plus urgentes réformes ; il est bien vrai que le baccalauréat restreint, créé en vue de préparer les jeunes gens à suivre avec profit les cours des Facultés de Médecine, ne répond plus à ce but, si tant est qu'il y ait jamais répondu ; toutes les personnes compétentes s'accordent à reconnaître que ce diplôme bâtard n'a que trop duré, qu'il est nécessaire de le supprimer, tout au moins de le remanier profondément dans le plus bref délai. Une grave erreur, cela n'est pas douteux, a été commise par ceux qui ont institué cet examen. On s'en aperçoit enfin et on songe à y porter remède. Jusque-là, rien de mieux, et nous n'hésitons pas à applaudir. Mais nous n'hésitons pas non plus à jeter un cri d'alarme, quand nous voyons que, pour réparer les fautes commises par l'enseignement secondaire, on songe à décapiter l'enseignement supérieur, en particulier l'enseignement médical.

Nous venons de prononcer le grand mot de décapitation. Certains de nos confrères trouveront sans doute que nous prenons les choses au tragique, eux qui n'ont pas assez d'éloges à décerner au projet ministériel et qui crient anathème sur les sciences dites accessoires.

Accessoires de la médecine, des sciences telles que la physique, la chimie, l'histoire naturelle ? Dites plutôt fondamentales ! Tel est du moins notre avis. Tel était aussi celui d'un homme dont aucun ne songera sans doute à contester la compétence en pareille matière, de Béclard, qui, lorsqu'il avait l'occasion de parler de ces sciences, ne manquait jamais de s'exprimer en ces termes : « Les sciences dites accessoires, mais en réalité fondamentales ! »

Mais, dira-t-on, Béclard est mort. Que nous importe son avis ? Nous nous trouvons en présence d'une situation nouvelle, qu'il n'avait pu prévoir, et dont les réformes proposées par le Ministre peuvent seules nous tirer.

Examinons-les donc de près, ces réformes, et voyons si réellement elles apporteront à nos maux le remède qu'on en attend. Hélas ! nous n'aurons point de peine à démontrer que, dans ce cas, réforme ne veut point dire progrès ; bien au contraire.

Le baccalauréat ès sciences restreint, dit le projet ministériel, ne rend point ceux qui prennent ce grade aptes à suivre avec profit l'enseignement de la médecine. Il est inutile, dangereux même, de le conserver plus longtemps : nous croyons donc pouvoir le supprimer. Nous supprimons aussi la dernière année de l'enseignement classique, c'est-à-dire la classe de philosophie, ou du moins nous ne l'exigerons plus des jeunes gens qui se destinent à la carrière médicale. Parvenus à la fin de la rhétorique, ceux-ci devront subir un baccalauréat littéraire, qui constituera leur seul et unique certificat de maturité.

Mais comme, d'autre part, il est de toute évidence qu'un médecin doit connaître les éléments des sciences physico-chimiques et naturelles, nous le considérons, au sortir du collège, dans les Facultés des sciences, où il devra séjourner une année entière. Au bout de ce temps, il sera suffisamment préparé aux études médicales : il entrera à la Faculté ou à l'Ecole de médecine, et il commencera d'emblée l'étude de l'anatomie et de la physiologie. Dès lors, la première année de médecine, telle qu'elle existe actuellement, doit aussi être supprimée, comme faisant double emploi avec l'année passée dans les Facultés des sciences.

De la sorte, l'étudiant gagnera un an : la durée des études médicales ne sera plus que de quatre années, l'étudiant sera reçu docteur plus tôt. Cette réforme est rendue indispensable par les exigences nouvelles du service militaire. En outre de l'économie de temps, elle a d'abord l'avantage de procurer, aussi bien à l'Etat qu'aux familles, de sérieuses économies d'argent.

Telles sont les dispositions générales du projet en question et les raisons présentées en sa faveur. Suivons-le pas à pas et discutons-en les termes.

Nous ne voyons guère d'inconvénients à la suppression, pour les futurs médecins, de la classe de philosophie. La question est, à notre point de vue, trop secondaire pour que le sort qu'on se propose de faire subir à la métaphysique puisse nous émouvoir. Nous approuvons volontiers ce point spécial du projet.

Nous applaudissons sans réserve à la suppression du baccalauréat ès-sciences restreint : le voilà condamné ; qu'on l'enterre et qu'il n'en soit plus question.

Mais, ce cadavre à peine refroidi, les divergences commencent : nous ne pouvons suivre plus loin la route semée de chausses-trappes où l'on veut nous entraîner.

L'assertion que la première année d'études médicales fait double emploi avec le baccalauréat ès sciences ne peut être soutenue que par des personnes peu au courant de l'état actuel de l'enseignement. Qu'elles se donnent la peine de suivre au hasard les cours de première année, et elles pourront se convaincre de l'erreur profonde où elles se trouvent.

On nous dit : à quoi bon enseigner encore dans les Ecoles de médecine des sciences telles que la physique, la chimie, l'histoire naturelle ? Nous répondons : le professeur de physique medicale enseigne l'optique

(1) Le *Progrès médical*, étant ouvert libéralement à l'exposé de toutes les reformes, nous n'avons pas hésité à publier l'article qu'on va lire, bien que nous ayons a faire quelques réserves de détail (B.).

physiologique, la myopie, la presbytie, le daltonisme, etc., ainsi que la manière de combattre et de traiter ces troubles de la vision; il parle de l'acoustique, de la phonation, des applications de l'électricité à la clinique et à la physiologie. N'est-ce donc pas là de la médecine ?

Le chimiste a, si possible, un rôle encore plus directement utile. Son enseignement porte tour à tour sur les eaux minérales, les poisons de l'air et de l'eau, les fermentations, la toxicologie, les médicaments minéraux, etc., etc. C'est encore à lui qu'appartient l'étude des actions chimiques si complexes qui s'accomplissent dans l'organisme humain, ainsi que celle de la composition de nos tissus et de nos humeurs.

C'est une loi biologique incontestée que la fonction crée l'organe: de même, l'enseignement dont il se trouve chargé ou auquel il aspire, incite le savant à fouiller avec ardeur certaines parties de la science qui, sans cela, resteraient inexplorées. Supposez que la fonction, c'est-à-dire l'enseignement de la chimie médicale, ait été supprimée voilà quelque dix ans : qui oserait prétendre que l'admirable découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes, qui a révolutionné la physiologie, la clinique et la toxicologie, serait un fait accompli ? Supposez que la « réforme » soit encore plus ancienne, et la médecine française ne pourrait s'enorgueillir ni de Dumas, ni de Würtz; j'en passe et des meilleurs.

Je sais bien que de tels hommes eussent appliqué à d'autres études leur remarquable talent. Il n'en est pas moins évident que, sans eux, la médecine n'eût point accompli ces surprenants progrès qui ne seront pas l'une des moindres caractéristiques de notre siècle. Le passé répond de l'avenir: la chimie médicale a fait ses preuves, elle s'est couverte de gloire et les éclatants services qu'elle leur rendait hier encore sont trop présents à l'esprit des cliniciens pour que ceux-ci ne prennent pas sa défense et n'embrassent pas sa cause avec l'ardente conviction d'un cœur reconnaissant.

Quant à l'histoire naturelle, son domaine n'est pas moins vaste que celui de la chimie et son utilité n'est pas moins évidente. Longtemps la botanique a fait à peu près tous les frais de l'enseignement; les médecins de la première moitié de ce siècle étaient très versés dans cette science; on leur doit la plupart des bons travaux descriptifs par lesquels nous a été révélée la flore de notre pays. Toutefois nous concéderons volontiers que ce n'est là qu'un argument de second ordre, sentimental en quelque sorte.

Les communications, plus faciles avec les régions lointaines, ont introduit dans notre matière médicale un nombre toujours croissant de drogues exotiques qui se sont substituées progressivement aux simples employés par nos pères. Ces drogues nouvelles, il faut bien que le médecin les connaisse, ainsi que leurs caractères botaniques, leur action physiologique, le siège exact et la nature chimique de leur principe actif. Contestera-t-on encore que l'étude des plantes utiles de nos pays ne doive pas se faire à ces mêmes points de vue et que le médecin doive s'intéresser à celle de nos plantes vénéneuses ?

Les végétaux inférieurs ont pris, en médecine, une importance capitale : c'est à eux qu'on doit attribuer désormais la cause intime des maladies infectieuses et d'un grand nombre d'autres états morbides auxquels on refusait jusqu'à présent ce caractère; la peau, les muqueuses et même les organes sont envahis par des plantes inférieures différentes des microbes, mais dont l'action nuisible ne le cède pas à celle de ces derniers. Il est évident qu'il appartient au naturaliste d'étudier ces organismes, de déterminer les conditions de leurs cultures, de leur propagation, leurs relations avec les plantes voisines, les meilleurs moyens de les combattre, etc. Je sais bien que tel n'est point l'état actuel, que les médecins ont accaparé la bactériologie! Aussi le résultat est que, depuis le moment où ces nouvelles études ont été inaugurées, la question de la morphologie et des transformations des microbes ou des champignons pathogènes n'a guère progressé : les quelques faits nouveaux dont s'est enrichie la science ont été découverts par les naturalistes. En revanche, le nombre des espèces de microbes est allé en augmentant dans de fantastiques proportions, mais combien méritent d'être maintenues ? Que nous en avons vu mourir déjà, d'espèces établies trop prématurément! Qu'on donne au naturaliste la possibilité d'étudier la bactériologie au point de vue botanique pur, et cette science nouvelle fera de rapides progrès, que l'organisation actuelle de l'enseignement médical pratique (c'est de lui seul qu'il s'agit en ce moment) est incapable de réaliser.

Bien loin de restreindre l'enseignement botanique dans les Facultés de médecine, on voit donc qu'il serait bien plus utile de le développer encore. Nous croyons pourtant que cet enseignement, tel qu'il est fait actuellement dans certaines Facultés, pourrait utilement être fait d'après un autre plan; mais l'examen de cette question nous entraînerait hors de notre sujet.

Nous avons dit que la botanique avait fait longtemps à peu près tous les frais de l'enseignement des sciences naturelles dans les Facultés de médecine; la zoologie n'était jadis qu'un accessoire de peu d'intérêt. Or, cette dernière science a acquis, au contraire une très grande importance depuis quelques années; elle a subi une complète métamorphose et est devenue, à proprement parler, l'histoire des maladies parasitaires causées par des animaux. Le nombre de ces maladies est très grand déjà; il augmente encore tous les jours : nous sommes loin de l'époque où l'on se bornait à parler de la gale, du tœnia et de l'ascaride. La dysenterie d'Egypte, la chlorose et l'hématurie du même pays, l'anémie des mineurs, l'éléphantiasis des Arabes, l'hématurie intertropicale, l'épithélioma, la malaria, la maladie de Paget et une foule d'autres maladies sont dues à la pénétration et au développement d'animaux divers dans l'organisme humain.

La zoologie médicale est donc devenue la parasitologie; à la Faculté de Paris, à celle de Lille (Moniez), aux Ecoles de Nantes (Bureau L.), de Rennes, etc., elle n'est presque plus que cela. Cet enseignement nouveau, que chez nous on songe à supprimer, est au contraire en grand honneur dans d'autres pays, qu'on cherche pourtant à imiter en toute circonstance: pour lui, on a créé

récemment une série de chaires magistrales dans la plupart des Facultés italiennes, en Allemagne, en Suisse, en Angleterre.

Toutefois, la zoologie médicale ne saurait se borner à la parasitologie pure et simple. L'étude des animaux venimeux ou toxiques est également de son ressort; il en est de même des notions générales d'anatomie comparée des Vertébrés, spécialement des Mammifères et des Primates : cet enseignement a aussi une incontestable utilité, puisque lui seul peut expliquer les relations de l'Homme avec les êtres qui l'entourent et éclairer d'une vive lumière les anomalies de structure ou de développement qu'il présente si fréquemment.

Nous venons de montrer ce qu'est à l'heure présente, dans nos Facultés et Ecoles de médecine, l'enseignement des sciences dites accessoires ; nous avons indiqué incidemment quelques perfectionnements qu'on devrait y apporter. Si les limites étroites d'un article de journal ne nous forçaient à être bref, nous eussions pu apporter de nouvelles preuves, tout aussi convaincantes, à l'appui de notre thèse. Celle-ci peut se résumer ainsi:

Les sciences dites accessoires ne sont point, en médecine, un bagage inutile, et le temps qu'on leur consacre n'est point du temps perdu. Entre la médecine d'une part, la physique, la chimie et l'histoire naturelle d'autre part, il y a un échange si constant et si intime de services mutuels qu'on ne saurait, sans encourir la plus grave responsabilité, songer à les séparer les unes des autres. Ce sont, qu'on nous permette cette comparaison, deux frères Siamois intimement et définitivement soudés l'un à l'autre; la douleur que l'un éprouve est aussi ressentie par son frère : les séparer l'un de l'autre, c'est les saigner à blanc et les condamner, sinon à la mort, du moins à une existence misérable et chétive.

Il importe donc que les choses restent en l'état actuel, ce qui ne veut pas dire que tout soit pour le mieux et qu'on ne puisse songer à une meilleure répartition des cours et des matières de l'enseignement, ainsi qu'à rendre l'enseignement scientifique, qualifié d'accessoire, encore plus pratique et plus professionnel. Cet enseignement ne peut être donné que par des hommes qui, à des connaissances approfondies dans les sciences physico-chimiques ou naturelles, joignent la qualité de médecin. C'est tenter, volontairement ou non, de ramener la médecine à l'*empirisme*, dont elle a eu tant de peine à se défaire, que de songer à confier aux Facultés des sciences le soin d'instruire la jeunesse dans ces importantes matières; c'est tuer chez les futures générations médicales l'*esprit scientifique*, qu'il faudrait au contraire s'efforcer de développer encore plus; car là est vraiment le Progrès!

Pourquoi donc le projet ministériel songe-t-il à faire passer par les Facultés des sciences les futurs étudiants en médecine ? Pour deux raisons, qu'on n'avoue point, mais qui sont évidentes.

La première, c'est que, dans l'état actuel, les Facultés des sciences en sont arrivées aux convulsions de l'agonie: sauf trois ou quatre, tout au plus, elles n'ont pas d'élèves; le recrutement se fait de mal en pis. La seule mesure raisonnable serait d'en supprimer les trois quarts; mais l'intérêt do clocher s'en mêle, le député interpellerait à la Chambre, et, qui sait ? le Ministère pourrait succomber!

On ne peut donc songer à donner le coup de grâce à ces moribonds récalcitrants; on a même tenté de leur infuser un sang nouveau : c'est la bourse des contribuables qui a payé l'opération. On a eu la curieuse idée de payer des jeunes gens pour préparer la licence et le doctorat; on leur octroya généreusement pendant deux ou quatre années une bonne petite rente de 12 à 1.500 fr. pour suivre les cours des Facultés des sciences, pour faire quand même un public à des professeurs dont personne ne se souciait!

Non, certes! que ceux-ci soient sans talent. Mais notre organisation actuelle avec ses Ecoles des Ponts-et-Chaussées, des Arts-et-Métiers, d'Agronomie, Forestière, Polytechnique, etc., détourne forcément des Facultés des sciences tous les jeunes gens qui n'étudient la science que pour ses applications pratiques ou industrielles, et ne laisse à ces établissements que la maigre clientèle, toujours décroissante, de ceux qui se destinent à l'enseignement supérieur.

Puisque les Facultés des sciences n'ont qu'un nombre dérisoire d'élèves, donnons-leur à tout prix des auditeurs et, pour cela, enlevons ceux-ci aux Facultés de médecine!

En appliquant cette mesure radicale, on économisera, dit-on, une année, ainsi que pas mal d'argent, puisqu'on effacera du budget les sommes importantes dévolues actuellement aux sciences accessoires. Cet argument repose sur une inexactitude.

Si les futurs étudiants en médecine doivent suivre dans les Facultés des sciences l'enseignement tel qu'il s'y donne actuellement, il est de toute évidence qu'ils n'acquerront aucunement les connaissances qui leur sont indispensables : on les préparera tant bien que mal à la licence, mais non aux études médicales. Des cours spéciaux devront donc être institués pour eux, car on ne peut demander aux professeurs et aux maîtres de conférence un surcroît de travail. Dès lors, la création de cours nouveaux entraînera des dépenses nouvelles. Où donc est l'économie ?

Mais ces cours nouveaux, à qui les confiera-t-on ? La réponse est toute prête. N'y a-t-il pas, sortis de certaine école, une foule de jeunes docteurs ès sciences qui ne demandent qu'à émarger au budget ? Ils se sont infiltrés, peu à peu, dans toutes les Facultés des sciences ; ils ont accaparé la plupart des places, on sait avec quel éclat. La voie est obstruée de ce côté : il leur faut, coûte que coûte, des débouchés nouveaux. Ils ne demanderaient pas mieux que de pénétrer aussi dans les Facultés de médecine, mais il se trouve que les règlements protègent celles-ci contre cet envahissement. Nul ne peut devenir professeur ou agrégé dans une Faculté de médecine, s'il n'est lui-même docteur en médecine. Or, les études médicales durent longtemps : elles exigent cinq années et, celles-ci achevées, on n'est pas sûr de triompher au concours d'agrégation ; c'est décidément trop long et trop difficile!

Transportons, au contraire, les sciences accessoires dans les Facultés des sciences, rien ne s'oppose plus à

ce que les cours nouveaux, nécessités par ce nouvel état de choses, soient confiés à ces jeunes gens. Pourvu que ceux-ci se partagent le butin tant convoité, qu'importe la décadence de la Médecine? Dr X...

Ancien interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 *mai* 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Bouchard présente une note de M. Alcide Treille sur les *caractères cliniques des véritables fièvres à quinquina. Loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres intermittentes alluvioniques.* — L'auteur a remarqué que le caractère clinique le plus important des fièvres à quinquina est l'identité des accès successifs. Le sulfate de quinine n'agit sur le premier accès attaqué qu'en l'atténuant dans une certaine proportion, mais il coupe toujours le second accès. Un second caractère de ces fièvres est la tendance invariable aux rechutes. Celles-ci se produisent d'une façon presque mathématique, mais la période qui s'écoule entre elles est, par sa durée, en raison directe de la dose de sulfate de quinine employée pour couper le premier accès. Ainsi, si l'on a donné un gramme de sulfate de quinine, la rechute se produira dans la grande majorité des cas, le 6e jour après le premier accès. La rechute est la même pour les types quotidien, tierce, quarte. L'auteur a basé sur cette observation une méthode de traitement qu'il emploie depuis plus de 12 ans. Elle consiste à n'administrer le sulfate de quinine qu'en le faisant porter sur les jours de rechute certaine ou probable. Pour combattre les premiers accès et les deux ou trois premières rechutes, il est utile d'employer des doses de 2 ou 3 grammes de sulfate de quinine, en deux doses. Dans les fièvres rémittentes le sulfate de quinine n'a aucune action.

Séance du 2 *juin* 1890.

M. Bouchard présente une note sur les *actions des produits sécrétés par les microbes pathogènes.* — Ses expériences établissent que: 1° si l'on injecte à un animal sain les produits solubles d'un microbe pathogène, on produit chez lui un état du sang qui est bactéricide pour ce microbe et qui ne tient pas à la présence de ces produits solubles Car cet état microbicide persiste longtemps après l'élimination complète des produits injectés; 2° les microbes pathogènes sécrètent certaines substances qui, introduites dans la circulation générale, rendent impossibles la diapédèse des globules blancs et par conséquent le phagocytisme.

M. G. Jacquemin adresse une note sur le *bouquet des boissons fermentées*, dans laquelle il rappelle les expériences faites par lui depuis 1888 et qui sont la confirmation de l'opinion exprimée par M. Pasteur, que le goût, les qualités des vins dépendent pour une grande part de la levure qui a présidé à la fermentation.

M. Dareste, dans une note présentée par M. de Quatrefages, fait connaître ses nouvelles recherches sur le *mode de formation des Monstres omphalocéphales et sur la dualité préventive du cœur dans les embryons de l'embranchement des Vertébrés.* — D'après ses recherches publiées en 1866, le cœur se forme par la conjugaison sur la ligne médiane de deux blastèmes primitivement distincts et la région antérieure du mésoderme. Celle qui s'étend au-dessous et en avant de la tête est le résultat de l'union sur la ligne médiane de deux prolongements antérieurs, d'abord séparés des lames latérales. L'omphalocéphalie, que M. Warinsky a reproduite expérimentalement, résulte de l'inflexion de la tête le long de la gouttière abdominale. Cette inflexion a pour résultat de maintenir l'écartement primitif des deux prolongements antérieurs des lames latérales du mésoderme. Les deux blastèmes cardiaques situés à la partie inférieure de ces deux prolongements se développent isolément en produisant deux cœurs distincts. Le pharynx et la chambre cardiaque font défaut chez ces monstres qui sont complètement privés de l'intestin antérieur. L'omphalocéphalie se rattache donc au mode de formation du cœur et à sa dualité primitive. Cette dualité a été constatée dans l'embryon de lapin par Kölliker et dans l'embryon du poisson osseux par Kupfer et Henneguy.

M. Bouchard présente une note de MM. Charrin et Gameleia sur l'*action des produits solubles microbiens sur l'inflammation.* — Ces auteurs ont vu que l'inflammation provoquée artificiellement sur l'oreille du lapin à l'aide de l'huile de croton ne se produisait plus lorsque l'on injectait dans les veines de deux en deux heures 5 à 8 c. c. par kilogramme de culture pyocyanique stérilisée. Ils en concluent que les sécrétions d'agents pathogènes peuvent agir sur l'inflammation dans son ensemble.

Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *juin* 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Gley a étudié le *mono* et le *bi-chloralantipyrine.* — L'action de ce corps est très semblable à celle du chloral. mais les effets sédatifs qu'il produit sont plus marqués proportionnellement que ceux du chloral pur. Il semble donc que l'action de l'antipyrine s'ajoute à celle du chloral.

M. Bouvier a étudié certains *Crustacés Décapodes qui viv nt à terre*, tout en étant pourvus de branchies. Cette particularité s'explique par le fait de la présence du système spécial de respiration cutanée qu'on retrouve sur toutes les larves de Crustacées et qui paraît précéder le système branchial.

M. Quinquaud dépose une troisième note de MM. Mairet et Bosc sur l'*action du chloralamide*, qui peut s'administrer à des doses de 2 à 6 grammes et paraît n'agir que par le chloral qu'il contient.

M. Quinquaud a étudié le *mécanisme de l'asphyxie.* — Cette question a été particulièrement traitée par Brown-Séquard, Cl. Bernard, P. Bert, Dastre; mais il reste encore des points obscurs. M. Quinquaud a constaté que le sang ne perd pas dans l'asphyxie sa capacité respiratoire pour l'oxygène, ce qui explique par exemple qu'on puisse rappeler les noyés à la vie après de longues périodes de mort apparente; d'autre part, dans l'asphyxie lente, l'acide carbonique peut ne pas exister en bien grande quantité dans le sang, ce sont surtout les tissus qui en contiennent.

M. Achalme. — *Périostite supurée consécutive à une fièvre typhoïde et due au bacille typhique.* — C'est une observation de périostite de la face interne du tibia gauche survenue au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde régulière et dont le pus ne contenait que le seul bacille d'Eberth. L'absence de tout autre microbe ayant pu provoquer la suppuration a été démontrée par l'observation des lamelles et des plaques de gélatine et d'agar. L'identité du bacille typhique a pu être établie grâce aux caractères des cultures sur gélatine et sur pommes de terre, et par l'inoculation aux souris. Le bacille d'Eberth semble donc avoir été dans ce cas le seul agent de la suppuration.

M. Laveran montre à la Société des *préparations d'Hématozoaires du paludisme;* il tend maintenant à regarder ces parasites comme appartenant au groupe des Sporozoaires.

M. Dupuy communique l'observation d'une malade qui eut un *pseudo-érysipèle à la suite d'une application de teinture d'arnica.* — Il regarde ce fait comme très curieux et rappelle que l'Essence de Rue possède une action semblable.

M. Vignal dépose une note de M. Caussedenbat, médecin militaire, sur les Bacilles que l'on peut trouver dans l'eau et qui simulent le bacille typhique. L'auteur con-

clut qu'on ne peut affirmer la présence du bacille typhique dans l'eau sans culture.

M. Pouchet dépose une note de M. Fabre-Domergue sur le *système circulatoire contractile des Infusoires ciliés.*

M. Dastre dépose une note de M. Grigoresco sur les *déformations que subissent les hématies d'oiseau par la dessication.* — Elles sont caractéristiques et peuvent être utiles à constater en médecine légale.

Sur la morphologie des faisceaux neuro-musculaires.

MM. Paul Blocq et G. Marinesco. — Au cours de recherches que nous avons entreprises au laboratoire de M. Charcot, à la Salpêtrière, sur l'anatomie pathologique d'un cas de poliomyélite et d'un cas de polynévrite, notre attention a été spécialement attirée sur la morphologie des faisceaux neuro-musculaires, décrits par Frænkel et découverts par MM. Roth et Babinski. Ces faisceaux se distinguent, en effet, très nettement sur les préparations de muscles atrophiés ou sclérosés, et, il est à remarquer que dans certains endroits où, sur des coupes de ce genre, le tissu musculaire a totalement disparu, ces faisceaux persistent et conservent leurs fibres musculaires normales. Cette disposition est très caractéristique sur une de nos préparations, où un faisceau se montre dans un tissu conjonctivo-adipeux privé sur une assez grande étendue de fibres musculaires. Ces faisceaux siègent d'habitude dans le tissu conjonctif qui entoure les faisceaux musculaires *secondaires*, selon la nomenclature de M. Ranvier, et alors ils se trouvent en rapport avec les vaisseaux et les nerfs des muscles. D'autres fois, on les rencontre dans l'intérieur même du faisceau secondaire, affectant des rapports avec les fibres musculaires elles-mêmes. Ils revêtent différents aspects ; nous décrirons d'abord, à ce point de vue, celui qu'on peut prendre comme type, et indiquerons ensuite les principales modifications que nous avons observées. Le faisceau se compose, ainsi que l'ont établi les auteurs que nous venons de citer, d'une enveloppe figurée par une gaine lamelleuse et d'un contenu représenté par quelques fibres musculaires, des tubes nerveux et des vaisseaux.

A. — Dans les formes que l'on peut considérer comme typiques, la *gaine* se compose de lamelles de tissu conjonctif, revêtant dans son ensemble une apparence circulaire ou ovoïde. Ces lamelles offrent une disposition plus ou moins analogue à celle de la gaine lamelleuse des nerfs. On trouve dans les interstices des lamelles quelques cellules plates du tissu conjonctif. La lamelle la plus interne est recouverte d'un endothélium. Il émane de cette gaine des prolongements principaux et secondaires. Les premiers contribuent à cloisonner la cavité en un nombre variable de loges ; les seconds forment une trame autour des organes contenus dans ces loges, trame qui est constituée par un réseau fibrillaire très ténu, avec des cellules araignées aux points d'entrecroisement des fibrilles. Ce tissu ressemble assez à de la névroglie. Les *fibres musculaires* sont plus petites que les fibres avoisinantes ; elles sont isolées les unes des autres, au nombre de 4 à 14 et encore plus. Elles ont conservé leur striation ; quelquefois elles sont hyalines. Les *tubes nerveux* sont également isolés les uns des autres, et en nombre variable ; le plus souvent ils sont contenus dans une gaine spéciale. Les *vaisseaux* sont des artérioles, des veines et des capillaires qui siègent, le plus ordinairement, dans la même gaine que l'un ou l'autre des précédents organes.

B. — Les variétés morphologiques que nous avons observées sont relatives aux divers éléments dont se compose le faisceau. L'apparence générale du faisceau est déjà très variable au point de vue du diamètre, et à cet égard il en est de grands, de moyens et de petits. Il en est aussi qui paraissent dociles ou du moins qui ressemblent à un 8 ; chacun des cercles ainsi formés contient : soit l'un, les muscles ; l'autre, des vaisseaux et nerfs ; soit tous deux des fibres musculaires, des vaisseaux et des nerfs. De plus, tantot on y constate une loge unique, tantot ils sont divisés en un certain nombre de cavités secondaires. Souvent il en existe quatre ou trois dans lesquels s'isolent diversement les fibres musculaires, les tubes nerveux et les vaisseaux ; d'autres fois il y en a deux : l'une, pour les fibres musculaires ; l'autre, pour les fibres nerveuses. Quant à la structure de la gaine, elle présente une épaisseur très variable, qui résulte probablement non seulement du nombre des lamelles qui la composent, mais encore de leur mode de tassement. Cette apparence est fréquemment, selon la constatation de M. A. Pilliet, celle de la gaine des corpuscules de Pacini, avec cette différence, cependant, qu'ici les lamelles sont imbriquées alors qu'elles sont parallèles dans le corps de Pacini. Les *fibres musculaires* sont, comme nous l'avons dit, plus ou moins nombreuses. Il est à remarquer qu'elles conservaient leur intégrité dans nos préparations, en des points où toutes les autres fibres musculaires étaient dégénérées.

Nous avons vu les *tubes nerveux* faire défaut dans quelques-unes des préparations ; mais, comme il s'agissait de coupes de muscles atrophiés avec dégénérescence des nerfs intra-musculaires, nous signalons seulement cette anomalie. En certains points on voyait aussi très nettement le rameau nerveux du faisceau se détacher d'un troncule nerveux avoisinant pour pénétrer dans le faisceau neuro-musculaire.

Quant aux *vaisseaux*, les uns sont intra-cavitaires et ont une gaine propre, les autres sont pariétaux et recouverts alors d'une lamelle émanée de l'enveloppe commune. Bien que nous n'ayons en vue dans cette note que d'exposer des considérations essentiellement morphologiques, il nous parait que ces faisceaux constituent un système spécial de par leur anatomie. Nous n'en voulons pour preuve que leur intégrité dans des portions de muscle complètement détruites par la dégénérescence. On peut remarquer aussi, au point de vue embryologique, que ces faisceaux se différencient de bonne heure ; leurs fibres paraissent être plus granulées que les environnantes et s'entourent d'une gaine propre, sur des coupes de muscles fœtaux. Nous devons ajouter que l'hypothèse, récemment formulée par M. A. Pilliet, qui assimile ces faisceaux à des organes de sensibilité, en se fondant sur l'analogie de structure de leur gaine avec celle des corps de Pacini et de Herbet, a été déjà émise par Kerschner. Cet auteur a, en effet, considéré ces faisceaux comme des organes nerveux terminaux, figurant les organes du sens musculaire. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Duplouy (de Rochefort) rapporte deux observations de malades opérées de *hernies ombilicales étranglées.* Chez la première, après avoir rentré l'intestin dans le ventre, il obtura l'anneau avivé par deux points de suture au catgut. La guérison fut obtenue rapidement sans récidive. Chez la seconde, il réséqua les masses épiploïques avec le sac, aviva les bords de l'anneau incisé sur trois points et réduisit l'intestin. Douze points de suture superficiels furent placés et la guérison fut obtenue en quinze jours. Il pense, d'après les statistiques de la kélotomie ombilicale (18,2 0/0 de guérisons), que cette opération doit être pratiquée comme pour les autres hernies, et qu'on doit la compléter par la cure radicale, en fermant hermétiquement le ventre.

M. Cornil lit un travail de MM. Babès et Marinesco sur *la morphologie et la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles*. Les altérations histologiques au niveau des muscles résultant des lésions microbiennes ou des myopathies de nature quelconque ont beaucoup d'analogie entre elles. Dans les myopathies primitives, les vaisseaux des muscles sont souvent atteints, dès le début, d'endartérite et de périartérite ; les lymphatiques sont dilatés et le tissu interstitiel est riche en cellules embryonnaires. Plus tard, il y a dégénérescence hyaline totale ou en bandes des faisceaux musculaires, et enfin destruction totale de la fibre musculaire. Le tissu cellulo-adipeux devient quelquefois assez abondant pour constituer une véritable néoplasie, plus volumineuse même que le muscle. Les lésions musculaires paraissent donc jouer un grand rôle dans la pathogénie des myopathies. On retrouve des lésions analogues dans diverses hypertrophies musculaires (cœur, utérus). Quant aux modifications des nerfs moteurs et de leurs plaques terminales dans les muscles malades ils ont constaté : dans l'atrophie simple, l'atrophie de la plaque ; dans l'hypertrophie simple et la maladie de Thomsen, l'hyperplasie avec uniformité de la substance foncée de la plaque ; dans la pseudo-hypertrophie de l'adulte, une disparition des ramifications terminales avec prolifération des noyaux ; dans la sclérose amyotrophique, une sclérose des petits nerfs musculaires, avec névrômes fusiformes, le long des nerfs. A côté des fibres nerveuses nouvelles il en existe d'hypertrophiées ; mais la plupart sont atrophiées au point de se confondre avec le tissu conjonctif. Dans un cas de polynévrite, la plaque offrait une multiplication excessive des noyaux.

M. François Franck lit la première partie d'un travail sur les *principaux accidents de la chloroformisation à l'état normal et pathologique*, dont voici les principales

conclusions. Les accidents cardio-pulmonaires de l'irritation des premières voies respiratoires peuvent être graves par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion pulmonaire ou cardiaque, surtout si les troubles respiratoires affectent la forme inhibitoire. La suffocation peut résulter de la combinaison du spasme du larynx et de celui des petites bronches et des vaisseaux pulmonaires. Le cœur arrêté ou non est frappé d'atonie avec dilatation parfois irréparable. Les accidents ne semblent pas aggravés par les lésions mitrales sans myocardite, ou congestion pulmonaire, ni par l'insuffisance aortique légère. — Ils le sont, au contraire, dans l'insuffisance tricuspidienne à cause des troubles de la circulation pulmonaire, et le sont encore davantage si le myocarde est malade. Dans l'insuffisance aortique large ils peuvent atteindre leur maximum de gravité, et le cœur peut être arrêté d'une façon irrémédiable. Les accidents respiratoires spasmodiques produits par l'irritation des premières voies peuvent causer la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est rétréci par des lésions pleuro-pulmonaires étendues. Comme moyen préventif, l'insensibilisation de la muqueuse naso-laryngée par la cocaïne, paraît très utilisable et cela sans exposer à aucun accident. Il n'en est pas de même des anesthésies mixtes, surtout de la combinaison de morphine et de chloroforme qui a souvent amené la mort.

M. Guéniot lit un rapport sur l'observation de *rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus*, présentée récemment par le Dr Thévard de Savigny-sur-Broye). — De l'examen pratiqué par MM. Tarnier, Guéniot, Charpentier et Budin, il résulte que le vagin offre une profondeur et une amplitude normale, que sa muqueuse est dans des conditions régulières, que le col est dans sa situation normale, mais fait très peu de saillie et que le détroit supérieur présente un rétrécissement rachitique très accusé. L'hypogastre, affaibli par la présence de la plaie non encore cicatrisée complètement, réclame l'application d'une ceinture ventrière. L'interprétation des Drs Thévard et Demeux sur l'arrachement des attaches du vagin sur l'utérus ne saurait être admise. Il s'agit, sans doute aucun, d'une large déchirure de la paroi antérieure de l'utérus, qui permet d'expliquer tous les phénomènes depuis le début. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 20 Juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Huchard. — *Action tonique et excitante de la caféine.* J'ai rappelé à propos de l'emploi des bains froids dans les rougeoles malignes, que j'avais cité il y a quelques années dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, le cas d'une rougeole dont les accidents graves avaient été promptement amendés par les injections hypodermiques répétées de caféine. Ce mode de traitement des états adynamiques est déjà de date ancienne ; j'en signalais l'emploi en 1871 dans un travail fait en collaboration avec M. Desnos, sur la myocardite varioleuse.

De 1863 à 1876, les auteurs (Kochlakoff et Botkine, Jaccoud, Gubler, etc.) n'ayant en vue que l'action cardiaque et diurétique de la caféine, la donnaient à doses qui ne dépassaient pas 0,25 à 1 gr., c'était insuffisant. J'ai démontré en 1882 que la caféine n'agissait qu'à la condition d'être prescrite à la dose de 1 à 3 gr. en injections sous-cutanées. En 1883, j'ai utilisé pour la première fois ses propriétés toniques et stimulantes sur lesquelles je veux une fois de plus insister aujourd'hui. Les résultats sont remarquables dans les fièvres typhoïdes à à forme rénale quand l'urine, peu abondante, renferme de l'albumine, dans les formes cardiaques et les formes adynamiques. Dans certaines rougeoles, dans les pneumonies graves des vieillards et des débilités, dans tous les états adynamiques, en un mot, elle agit comme tonique général, comme tonique cardiaque et comme diurétique. Elle doit sa supériorité à son action musculaire. Elle est sans influence sur le système nerveux, mais elle agit directement sur le muscle. Dans la pneumonie des vieillards où l'insuffisance du myocarde constitue une complication redoutable, la caféine produit des effets remarquables en fortifiant le cœur, en relevant l'état général et en assurant la diurèse. Chez les diabétiques, l'action musculaire de la caféine trouve d'heureuses applications, surtout dans les accidents graves provoqués par l'intoxication acétonémique. Cette action de la caféine sur les états adynamiques, doit être prise en sérieuse considération. Elle produit une sensation de défatigue.

M. Desnos. — La méthode de M. Huchard a deux inconvénients : les injections sont très douloureuses et elles déterminent souvent des abcès. J'ai vu des malades refuser à cause de cela de s'y soumettre. Malgré une asepsie complète, l'injection de caféine produit une irritation immédiate du tissu.

M. Huchard. — Ces injections sont moins douloureuses que celles d'éther. Pour supprimer la douleur, il faut faire l'injection profondément dans l'hypoderme. En agissant ainsi, depuis huit ans, je n'ai vu que deux fois des abcès survenir.

Je rappellerai encore les deux formules que j'emploie :

Benzoate de soude.	3 grammes.
Caféine	2 grammes.
Eau distillée	6 grammes.

Et

Salicylate de soude	3 gr. 10.
Caféine.	4 grammes.
Eau distillée.	6 grammes.

Chaque seringue de la première solution contient 0 gr. 20 de caféine, et 0 gr. 40 quand on se sert de la seconde solution. Il faut en injecter quatre à huit fois par jour.

M. Dieulafoy.—*Traitement de la rougeole maligne par les bains froids.* — Je puis vous communiquer aujourd'hui, un cas analogue à celui que je vous ai précédemment présenté. Il s'agit d'une fille de 10 ans, déjà grande et paraissant 14 ou 15 ans. Un soir, en rentrant du couvent, elle présente à la face une éruption qui se généralise le lendemain. M. Blache qui vit la malade ne constate aucun état général, pas de fièvre, pas de catarrhe des muqueuses. Pas de médication. 2 jours après l'éruption disparaît. L'enfant se leva et fut pendant 3 jours très bien portante. Mais le soir du 18 mai, elle eut un peu de toux, le lendemain, enrouement, râles sibilants disséminés, pas de fièvre. Le 20, rougeur de la gorge, l'enfant n'a pas dormi, le catarrhe s'accuse. Le 23 mai, éruption franchement rubéolique cette fois, grand malaise subit, vomissements. A midi la température était de 40°. L'agitation alternait avec une somnolence comateuse, la respiration montait à 70, 74 puis 80 par minute. Le lendemain, à la suite d'une application de ventouses, la température avait un peu baissé, mais l'agitation était extrême, l'enfant ne tenait pas en place, l'éruption morbilleuse battait son plein, les urines étaient presque supprimées. Etant donné ces signes, nous tombons d'accord qu'il s'agit d'une rougeole maligne. Nous proposons les bains froids à la famille qui accepte après quelques hésitations, à midi et demi, la température étant de 40° avec 80 respirations 145 pulsations, on plonge la malade dans un bain à 26° dont on abaisse progressivement la température à 24°, on la retire au bout de 12 minutes, amélioration légère mais pas franche. 2e bain à 5 heures, plus frais et d'un quart d'heure de durée, la température baisse de 0°,5 3e bain à 9 heures du soir, légère amélioration, mais les râles dans la poitrine ont augmenté, nous nous demandons s'il faut continuer les bains. 2 heures du matin. Agitation extrême, pas d'urine, pouls à 140. 4e bain, qui fut suivi d'une amélioration plus marquée, la température tombe à 39°, l'enfant urine, sa peau devient moite, la malade repose quelque temps. 5 heures du matin. Nouveau bain, amélioration considérable, sommeil calme et profond. A 8 heures du matin l'enfant dormait encore, les râles avaient presque entièrement disparu, la malade avait pris du lait et de la tisane. 6e bain à 2 heures de l'après-midi. La température descend à 38°,2. Le lendemain, après un 7e et dernier bain, la température descendait à 38° et la malade entrait en convalescence. Donc, nous avons eu affaire à une rougeole grave. L'éruption qui précédait était-elle de même nature, s'agissait-il d'une rougeole en deux temps? Je l'ignore et ne veux pas actuellement discuter ce point. Il y a une chose qui frappe, dans l'application des bains froids, c'est le rétablissement de la sécrétion urinaire. C'est une action des plus favorables et des plus constantes

dans les maladies adynamiques, et dans les maladies infectieuses sa valeur pronostique est très grande. Quand il y a eu menace de broncho-pneumonie, on eût pu songer à appliquer un vésicatoire. Mais qu'en fût-il advenu avec une sécrétion urinaire si diminuée Ne l'aurait-il pas entièrement supprimée et ne valait-il pas mieux s'en abstenir. On voit de plus, que le bain froid ne peut être accusé de causer la bronchopneumonie et je crois que, même dans les pneumonies infectieuses il n'y aurait pas à hésiter à s'en servir. Qu'a fait le bain froid sur l'éruption? Après chaque bain elle pâlissait un peu, puis reprenait sa couleur, elle a duré le même temps et desquammé de la même façon que chez les malades qui ne prennent pas de bains. Donc il ne risque pas de faire rentrer l'éruption et il peut être très utile dans les formes adynamiques.

M. Juhel-Renoy. — Le bain froid a déjà été employé systématiquement dans la pneumonie. Moi-même je l'ai employé avec succès dans un cas de bronchopneumonie double précédant une rougeole. Si l'amélioration a été moins rapide chez la seconde malade de M. Dieulafoy, cela tient à ce que les bains, dans le 2e cas, étaient seulement frais ; avec des bains d'une température plus basse, la guérison des accidents graves eût été, je crois, plus rapide.

M. Féréol. — Je ne puis m'empêcher de féliciter M. Dieulafoy de ses heureuses tentatives. Je me suis arrêté autrefois dans l'emploi des bains froids chez les typhiques devant la perspective de la congestion pulmonaire. Actuellement je vais plus loin; j'ai deux typhiques présentant des complications thoraciques graves. Je leur ai fait mettre en permanence des compresses froides sur la poitrine. Les râles ont disparu.

M. Huchard. — Le pronostic n'était peut-être pas aussi grave qu'il le semblait pour la malade de M. Dieulafoy. Ainsi j'ai vu, il y a 7 ou 8 ans, avec M. Millard, une petite fille atteinte de rougeole qui, au moment de l'éruption très confluente, présenta une dyspnée inquiétante avec fréquence considérable du pouls, langue sèche. M. Millard me dit qu'il avait déjà vu des cas analogues et prescrivit un traitement très simple.

M. Millard. — Je donnai un ipéca qui fit merveille.

M. Huchard. — La malade guérit très bien. J'ai vu des cas semblables guérir avec une médication très simple. Les bains froids ne sont donc peut-être pas aussi indiqués que le croit M. Dieulafoy. Il est probable que des deux éruptions la première était une roséole. J'ai vu un cas semblable avec M. Petit.

M. Rendu. — Dans une discussion à la Société de médecine de Berlin, sur le traitement de la pneumonie par les applications de glace, les statistiques rapportées étaient très favorables, à la condition qu'on les fit d'une façon permanente. Pour les fièvres éruptives, le meilleur traitement est, selon moi, de les tremper dans l'eau froide. C'est ce que je fais depuis 7 ou 8 ans pour toutes les scarlatines. Je leur donne 6 bains dans la même journée et l'hyperthermie ne dépasse pas 48 heures. J'ai traité aussi un malade atteint d'un érythème infectieux avec délire, anurie, albuminurie et congestion pulmonaire aux deux bases. En quatre jours il a été guéri. Dans les affections thoraciques, j'ai obtenu des bains froids de très bons effets. J'ai vu chez un typhique, atteint en même temps de pneumonie, la révolution se faire au 5e jour.

M. Antony. — Dans les pays chauds les pneumonies sont redoutables et presque toujours mortelles. J'ai traité 4 pneumoniques par les applications de glace, ils ont tous guéri. A Paris, chez les jeunes soldats, j'ai aussi obtenu de bons résultats. J'ai vu aussi une défervescence au 5e jour chez un homme atteint à la fois de fièvre typhoïde et de pneumonie.

M. Sevestre. — Je n'ai jamais employé les bains froids, mais souvent les bains tièdes qui m'ont très bien réussi. A l'occasion, cependant, je n'hésiterais pas à donner le bain froid.

M. Dieulafoy. — Il est difficile de dire où commence le bain tiède, où finit le bain froid. On peut admettre cependant qu'un bain à 27° ou 28° est un bain tiède ; à 18° il est froid. Il y a une différence d'action entre le bain tiède et le bain froid. C'est ce dernier qui ramène le mieux la sécrétion urinaire. En cas de maladie maligne, le bain froid vaut mieux. Le bain tiède est un calmant qui améliore l'état du malade, mais c'est souvent une concession à la famille du malade.

M. Sevestre. — Aux Enfants-Assistés, ce n'est pas par complaisance que j'emploie le bain tiède. C'est parce que je le crois suffisant. Il provoque la sudation, l'urination. Dans une forme maligne, je n'hésiterais pas cependant à employer les bains froids.

M. Cadet de Gassicourt. — Pour combattre l'ataxoadynamie d'un état grave, le bain tiède n'agit pas. Mais je suis d'avis, comme M. Dieulafoy, qu'il ne faut pas systématiquement employer le bain froid dans toutes les rougeoles, scarlatines ou fièvres typhoïdes, il faut que ces maladies s'accompagnent d'accidents graves.

M. Juhel-Renoy. — Liebermeister a démontré par ses statistiques que, pour la fièvre typhoïde, le bain froid était supérieur au bain tiède.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Elections. — A la dernière séance, M. le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux, a été nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

M. Tachard rappelle que dans la *Gazette de Picardie* deux médecins militaires ont publié récemment d'intéressantes expériences sur la *contagiosité du tétanos*.

M. Routier. — Il existe dès maintenant un grand nombre d'observations montrant que des *péritonites tuberculeuses* ont été fort améliorées par la laparotomie. Il y a même des cas où la survie a été très longue. Souvent les malades sont mortes ultérieurement, mais à la suite des lésions pulmonnaires et sans récidive péritonéale. Il signale un cas de péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie; on fit 4 ans plus tard une nouvelle laparotomie ; il n'y avait plus rien dans le péritoine. Sur 70 cas qu'il a rassemblés il n'y a eu que 6 morts. Il y a des survies ayant déjà 6 ans de date, sans compter un cas de Sp. Wells, où la malade est restée guérie 27 ans.

M. Schwartz voudrait signaler un cas personnel qui montre la façon dont on soulage les malades. Chez une femme de 44 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, anéantie par des vomissements incessants, ne rendant que 6 gr. d'urée par jour, il fit la laparotomie de parti pris et le lavage de l'abdomen. L'état général, qui était très mauvais, s'améliora après que l'ascite fut évacuée. L'urée remonta à 18 et 20 gr. par jour, assez rapidement.

M. Nimier fait un rapport sur les *instruments* présentés récemment par M. de Moy.

M. Kirmisson fait un rapport sur deux courtes notes adressées par M. le Dr Phocas (de Lille).—L'une a trait à une *ténotomie à ciel ouvert pour un torticolis musculaire.* Enfant de 6 ans; incision du chef sternal. Redressement avec l'appareil de Sayre. Guérison. — M. Kirmisson montre à ce propos tous les avantages de la ténotomie à ciel ouvert ; c'est là un véritable progrès chirurgical, qui permet d'éviter des accidents très sérieux (ouverture de veines, etc.). L'incision cutanée n'a pas la moindre importance. L'appareil de Sayre est celui qu'on doit recommander. — La seconde note a trait à deux *opérations pour pieds bots paralytiques.* A ce propos, M. Kirmisson insiste sur les bénéfices qu'on retire de l'application immédiate d'un appareil immobilisateur après la réduction des pieds bots.

M. Berger. — La ténotomie à ciel ouvert a l'inconvénient de laisser à sa suite une cicatrice, et au cou, chez les jeunes filles, il faut éviter cette cicatrice. La ténotomie sous-cutanée ne détermine pas d'accidents graves quand elle est bien faite. La ténotomie à ciel ouvert doit être réservée aux cas complexes; au cou, principalement, quand les scalènes participent à la rétraction.

M. Verneuil. — L'objection de M. Berger est sérieuse; mais la ténotomie à ciel ouvert rend l'opération plus efficace. Il est facile de sectionner sous la peau le chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien ; mais, pour le chef claviculaire, et surtout pour ses expansions aponévrotiques, cela n'est pas aussi commode. Ce sont des expansions fibreuses qui souvent gênent le redressement. Donc, dans un certain nombre de cas, la ténotomie à ciel ouvert sera indiquée.

M. Tillaux. — En 1868, j'ai fait un travail pour montrer qu'on pouvait appliquer des appareils immédiatement après le redressement des pieds bots. — Je ne peux pas souscrire à l'abandon définitif de la méthode sous-cutanée pour la ténotomie.

M. Kirmisson répond à M. Berger que la cicatrice faite au cou est de peu d'importance. Il est parfois fort difficile de tout sectionner sous la peau; donc, il vaut mieux faire une incision cutanée pour voir ce que l'on fait. On détruit tout en une seule séance, en procédant de la sorte. Le résultat est parfait, plus rapide, plus sûr et plus complet. Qu'on n'oublie pas qu'étant donnée la disposition anatomique du chef claviculaire, il est souvent impossible de le sectionner totalement par la méthode sous-cutanée.

M. Berger. — On sait qu'il ne faut pas couper ce chef au ras de la clavicule, mais plus haut, quand ses fibres sont mieux groupées.

M. Terrillon fait une communication sur les résultats que lui a fourni la première série de 200 *ovariotomies*. La dernière malade de cette série a été opérée il y a un an. Dans les 100 premiers cas, il y a eu 12 décès; dans les 100 autres, il en a eu 4. Ces 200 opérations se rapportent aux kystes de l'ovaire qu'il a opérés depuis huit ans. Sur ces 200 kystes, il y avait 166 kystes ordinaires, 25 kystes parovariens, 8 kystes dermoïdes, 1 kyste hydatique. Dans 44 cas, l'opération fut double: 1 seul cas de mort. Donc, l'opération double n'a pas de gravité particulière. Il est d'avis que, chez les femmes âgées de plus de 45 ans, il faut enlever les ovaires des deux côtés dès qu'ils sont suspects. Chez les jeunes femmes, au contraire, il faut les conserver. 14 fois l'opération a été incomplète (18 pour le premier cent, 4 pour le 2e).

Dans le dernier cent d'opérations, M. Terrillon, grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, a pu diminuer de beaucoup sa mortalité par infection. Les résultats éloignés de ces 200 interventions sont à noter. 9 malades seulement sont mortes après l'opération. Il n'y a eu qu'une récidive mortelle (dans l'autre ovaire resté en place); une est morte de folie un an après; 3 sont mortes d'épuisement. Il reste donc 165 malades bien portantes. Dans 9 cas, la grossesse a été possible après l'ablation d'un seul ovaire; une opérée a eu 3 enfants. Dans 10 cas, distension de la cicatrice; 4 éventrations; 3 récidives seulement. M. Terrillon attribue la diminution de la mortalité à la stérilisation des instruments, au lavage du péritoine (eau filtrée et bouillie), à la désinfection soignée des mains, et, précaution très utile, à la stérilisation, deux fois répétée à 8 jours d'intervalle, à l'autoclave de tous les fils de suture.

M. Polaillon montre une femme qu'il a opérée d'*ovarosalpingite tuberculeuse*; elle présentait des granulations sur tout le péritoine. L'état général est parfait.

Election des 4 membres de la commission chargée d'examiner les demandes des candidats au titre de correspondant étranger. Sont nommés: MM. Kirmisson, Nélaton, Reclus et M. Sée.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 4 juin 1890. — Présidence de M. Parinaud.

M. Gorecki présente, au nom de M. Sameh (d'Alexandrie), un *Keratoscoptomètre, une pince fixatrice des paupières mobile et un Ophtalmoscope.*

M. Parinaud présente un malade atteint de *lèpre anesthésique de l'œil.* Les lésions oculaires de lèpre ont été étudiées récemment en France par M. Panas et par M. Meyer, qui nous en a communiqué une observation intéressante. L'affection oculaire du malade que je vous présente ne ressemble en rien aux descriptions de nos confrères. Il s'agit pourtant de la même maladie, mais d'une forme différente de la forme anesthésique qui, d'après M. Charcot, est relativement rare, du moins dans son type parfait, car on voit souvent les symptômes anesthésiques se combiner avec les productions tuberculeuses qui caractérisent plus particulièrement cette affection. Le malade est un homme de 53 ans, qui a habité Cuba pendant 23 ans. Il est de retour en Europe depuis 12 ans. Pour lui, l'affection ne remonte qu'à huit ans et s'est manifestée par des taches de la peau qui ont disparu spontanément et plus tard par la déformation des mains. Actuellement on ne trouve chez le malade que des plaques d'anesthésie cutanée et de l'atrophie musculaire surtout prononcée aux mains, où elle a déterminé une déformation qui, sans être absolument caractéristique, est cependant spéciale à cette affection. Les troubles oculaires ont commencé à se manifester il y a deux ans environ. Aujourd'hui l'on constate: 1° Un double *lagophtalmos* avec anesthésie de la peau des paupières, de la paupière inférieure spécialement. Le relâchement des paupières est évidemment dû à l'atrophie du muscle orbiculaire qui empêche l'occlusion des paupières. 2° Outre une injection un peu spéciale de la conjonctive, sur laquelle on constate la dilatation des gros vaisseaux, il existe une *kératite vasculaire* occupant les deux moitiés inférieures de chaque cornée. Cette kératite, qui coïncide avec une anesthésie assez prononcée de la cornée, est évidemment due au défaut de protection par les paupières, et est comparable aux kératites neuro-paralytiques. 3° Des *synéchies totales* sur chaque œil dues à une iritis ou irido-choroïdite à marche rapide, sans production néoplasique sur l'iris. Ces synéchies ont occasionné sur l'œil gauche un *glaucome absolu* qui s'est déclaré brusquement il y a trois mois. La malade a eu, pendant une dizaine de jours, des douleurs intenses accompagnées d'une perte de la vision. Actuellement l'œil est très dur, mais n'occasionne plus de douleurs. J'ai pratiqué sur l'œil droit une iridectomie qui a amélioré la vision, mais qui avait surtout pour but de prévenir le glaucome qui a déjà causé la perte de l'œil gauche. Je me propose en outre de lui pratiquer une double tarsorraphie indiquée par le lagophtalmos et la kératite, et qui a été d'ailleurs utilement faite en pareilles circonstances par nos confrères norwégiens. La lèpre anesthésique semble particulièrement bénigne, surtout lorsqu'elle se développe sur un climat autre que celui où elle a pris naissance. J'ai donc tout lieu d'espérer que mon malade retirera un bénéfice sérieux de cette double intervention chirurgicale.

M. Meyer. — On observe deux formes bien distinctes de lèpre oculaire. La forme tuberculeuse de l'œil, qui est constituée par de vrais tubercules dans toutes les membranes; une altération particulière de la cornée qui se distingue du paunus vrai. Il existe, sur la cornée de petits points grisâtres, qu'on aperçoit facilement. Dans le cas que j'ai rapporté, ces points d'infiltration étaient nombreux. Je ne sais pas s'ils existent chez le malade que M. Parinaud nous présente. Ces altérations me semblent plutôt relever du lagophtalmos. Quant à l'iritis, est-elle simple, ou lépreuse? Je ne saurais résoudre la question.

M. Belliard. — L'iritis lépreux se distingue par sa marche insidieuse et la présence de tubercules, ses récidives fréquentes alternant avec de longues périodes d'accalmie et son indolence. Les pupilles sont contractées et ne réagissent pas. Il peut y avoir des synéchies postérieures, mais sans trace d'inflammation. C'est ce qui ressort des cas publiés par M. Coppez qui n'a jamais constaté le glaucome. Je crois que chez le malade de M. Parinaud les troubles ne sont pas nettement de nature lépreuse.

M. Parinaud. — J'ai dit au début de ma communication que M. Meyer n'a pas entendue, que les troubles oculaires de mon malade différaient des descriptions que l'on a données jusqu'ici, et c'est ce qui en fait l'intérêt. Si le malade ne m'était arrivé avec un diagnostic de M. Charcot, j'aurais peut-être méconnu la nature de l'affection. Il n'est pas douteux que le lagophtalmos avec anesthésie de la peau des paupières soit dû à l'atrophie de l'orbiculaire et de même nature que les anesthésies et atrophies musculaires des autres parties du corps. Quant à la kératite, elle s'explique suffisamment par l'anesthésie de la cornée et son défaut de protection par les paupières. Je répondrai à M. Belliard que l'iritis n'offre pas non plus de caractères particuliers car il n'y a pas de tubercules sur l'iris, mais il est plus que probable qu'elle relève aussi de l'état général et qu'elle n'est pas une simple coïncidence. Du reste j'ai pris soin d'établir une distinction entre la lèpre tuberculeuse et la lèpre anesthésique. Je comprends moins bien l'objection qui m'est faite au sujet du glaucome. Il est bien évident qu'il n'a que des rapports indirects avec la lèpre, et qu'il a été déterminé par les synéchies totales. Il y a une corrélation entre tous ces symptômes dont l'évolution est très naturelle.

M. Trousseau. — *Irido-choroïdite eataméniale.* — J'ai observé une femme de 35 ans, rhumatisante, qui pendant deux ans eut à chaque époque menstruelle une attaque d'iritis monoculaire accompagnée d'hypopion. Elle devint enceinte avec suppression des menstrues, l'iritis cessa et ne reparut qu'à la fin de la grossesse, au 8e mois, ne se manifesta pas pendant les suites de couches, mais revint avec son ancienne régularité à partir des deuxièmes règles après l'accouchement. La malade avait de l'endométrite. La relation de cause à effet me paraît nettement établie. C'est évidemment une iritis infectieuse dont ce point de départ était la cavité utérine. L'infection est minima, mais peut être rapprochée des autres infections oculaires plus graves qui surviennent pendant la puerpéralité. La localisation de l'infection sur l'œil peut s'expliquer par l'état rhumatismal de la patiente. On sait que le système irido-choroïdien est le point faible de beaucoup de rhumatisants.

M. Gorecki. — Toutes les femmes sont plus ou moins exposées aux affections au moment de leurs règles, surtout pendant les épidémies.

M. Duboys. — J'ai suivi pendant quelque temps une malade atteinte d'endométrite qui, tous les mois, à l'époque des menstrues, a une épisslérite et une conjonctivite catarrhale.

M. Kalt. — Nous n'avons aucun fait précis qui puisse montrer une relation étroite entre l'affection utérine et l'œil chez la malade de M. Trousseau. Je crois que ce sont des iritis à rechute comme j'en ai observé plusieurs chez l'homme.

M. Despagnet. — J'ai pu observer un cas d'iritis à rechute qui se manifestait à chaque époque menstruelle.

M. Trousseau. — On peut sans aucun doute invoquer une relation de cause à effet entre l'iritis et l'affection utérine. Toutes les fois qu'il a été fait des injections antiseptiques, l'affection oculaire n'a pas eu lieu. Néanmoins l'explication que j'ai donnée n'est qu'une simple théorie.

M. Valude rapporte deux faits d'*aecidents cérébraux consécutifs à l'opération de la eataraete,* semblables à ceux que M. Parinaud a mentionnés au congrès. Chez un malade, un ictus apoplectique survint pendant l'opération, qui dut être suspendue. Dans un autre cas, un délire furieux survint vingt-quatre heures après et dura deux jours, jusqu'à l'enlèvement du bandeau. M. Valude pense que c'est à tort que l'on a incriminé l'atropine; il pense plutôt que l'occlusion des yeux par le bandeau est la cause déterminante de ces aecidents.

M. Parinaud. — Dans les trois cas de délire post-opératoire que j'ai cités, l'atropine et l'alcoolisme n'étaient nullement en cause. Le principal facteur du délire maniaque survenant à la suite des opérations oculaires est la prédisposition du sujet, qui, chez un de mes malades, s'est accusée par ce fait que le délire s'est reproduit après l'opération de chaque œil. L'opération elle-même peut intervenir par l'occlusion des yeux et la préoecupation qu'elle cause au sujet. J'ai aussi remarqué que la diète a une certaine influence, surtout dans les cas de délire léger. Tous ces accidents nerveux n'ont pas, d'ailleurs, la même origine. Je viens d'observer, il y a huit jours, un fait particulièrement étrange, sur une dame de 76 ans, que j'ai opérée de la cataracte. Pendant l'opération, elle a été assez indocile. Malgré les inhalations de cocaïne, l'opération a paru être douloureuse. Elle est descendue elle-même du fauteuil et s'est rendue jusqu'à son lit. Peu de temps après, elle avait de l'aphasie. Le lendemain, je trouve une hémiplégie droite incomplète, intéressant surtout le bras, avec un peu de déviation de la face, à gauche. La sensibilité est conservée et paraît même un peu exaltée. Les jours suivants, accélération du pouls qui s'élève jusqu'à 120. Cette malade présente tous les symptômes d'une lésion du foyer, cependant je fais remarquer qu'elle n'a pas eu d'ictus. Il n'y a eu aucune instillation d'atropine. La cicatrisation de l'œil s'effectuait dans les conditions ordinaires. Je viens de faire transporter la malade dans le service de M. Moizart, à Tenon. J'apprends, au dernier moment, qu'elle vient de succomber. Je vous ferai connaître le résultat de l'autopsie (1).

M. Gillet de Grandmont. — Dans beaucoup de cas, la diète à laquelle sont soumis nos malades est certainement une cause favorable à la production de ces accidents, sur lesqnels M. Parinaud vient d'appeler l'attention. Je crois donc que l'on doit songer à donner aux opérés une nourriture plus substantielle.

M. Gorecki. — La confusion n'est pas possible entre le délire atropinique et le délire post-opératoire. Le premier a des symptômes bien caractéristiques.

M. Jocqs lit un rapport sur un travail de M. Guende : *Observation de néoplasme ehoroïdien développé ehez une femme âgée de 54 ans, atteinte de caneer du sein et morte en état de eachexie.* L'auteur conclut à une métastase du sein à l'œil. Le rapporteur, tout en faisant remarquer que la délimitation tend à devenir de moins en moins nette entre la métastase et la généralisation, fait des réserves sur le mot « *métastase* » employé par l'auteur. Il ajoute qu'il vaut mieux employer ici le terme de généralisation qui n'implique rien sur la façon dont les éléments morbides sont venus du sein à l'œil.

M. Meyer. — Il est certain que la métastase existe pour l'œil. M. Gayet en a cité des exemples probants. Mais, dans le cas présent, je suis de l'avis de M. le rapporteur; il ne s'agit que d'une manifestation, d'une diathèse cancéreuse, d'une simple généralisation. E. Kœnig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 juin 1890. — Présidence de M. Polaillon.

M. Polaillon présente deux tumeurs ; l'une est un *kyste de la glande de Nuck.* Cette tumeur, de la grosseur d'une mandarine, pouvait être confondue avec une hernie inguinale irréductible ; elle renfermait un liquide fortement albumineux indiquant son origine séreuse. L'autre est un *kyste de la glande de Bartholin,* du côté gauche. Ce kyste, enlevé par dissection, avait un contenu liquide qui s'est conerété sous l'action de l'aleool dans lequel il a été renfermé.

Contribution à l'étude de l'opportunité morbide ou misère physiologique.

M. Jolly. — Chacun des tissus de l'homme est une fédération d'éléments cellulaires associés pour un travail en commun, mais ayant chacun leur vie propre. L'homme étant un être essentiellement azoté, tous les principes constitutifs de ces éléments anatomiques sont de nature ou d'origine protéique. Depuis les plus mous, comme la substanee nerveuse, jusqu'aux plus résistants, comme les tendons, nous mettons à part les os et les cartilages, tous renferment des phosphates qui, selon leur nature et leur qualité, servent à leur donner leurs qualités physiques de solidité et de résistance; une partie également de ces phosphates remplit la fonetion d'excitant vital. Les éléments anatomiques de l'appareil nerveux sont les plus riches en phosphates. Tous les phénomènes physiologiques fonctionnels se traduisent par une élimination de matériaux protéiques plus ou moins oxydés et de phosphates. Pour cette raison, l'élimination des phosphates est plus élevée à la suite de travaux intellectuels et en raison de leur intensité. De même également, sous l'influence des intoxications microbiennes, diathésiques ou autres, les éléments anatomiques perdent une partie plus ou moins considérable de leurs provisions protéiques et phosphatées, qui coïncident avec un abaissement proportionnel de leur vitalité. C'est cet abaissement de la vitalité anatomique, que l'on appelait autrefois misère physiologique, qui crée l'opportunité morbide d'aujourd'hui. Pour faire cesser cet état, pour rendre les sujets réfractaires aux infeetions microbiennes dont la tuberculose est une de celles qui exercent le plus de ravages, il faut aider les éléments anatomiques à relever leur vitalité et à reconstituer leur provision protéique et phosphatée. Là est toute la difficulté au point de vue thérapeutique, mais là aussi est la clef, nous en avons la conviction, de la prophylaxie de la tuberculose et de bien d'autres maladies. Nous avons déjà établi ailleurs que l'or associé à l'acide

(1) Voici les résultats de cette autopsie. A son entrée à l'hôpital, coma, hémiplégie et hernie, anesthésie droite à peu près complète. Cœur hypertrophié, athérome de l'aorte et coronaires. Athérome des artères cérébrales, hémorrhagie ventriculaire abandante. Coté droit sain. Coté gauche : Foyer hémorrhagique ayant détruit le segment antérieur du genou et ayant envahi le 1/3 antérieur du segment postérieur de la capsule interne. Néphrite, albumine.

phosphorique est tout à la fois l'excitant et le reconstituant le plus puissant du système nerveux; les résultats de chaque jour le confirment de plus en plus. Nous démontrerons également que l'on trouvera dans l'iode, sous une forme pharmaceutique spéciale, associé à un phosphate judicieusement choisi, l'excitant général de tous les départements organiques et le régénérateur des constitutions affaiblies.

M. GILLET DE GRANDMONT appuie les conclusions de M. Jolly, qui concordent avec ses observations cliniques personnelles. L'iodure de potassium lui a rendu toujours de grands services comme reconstituant chez les enfants débiles, et son emploi, même très prolongé, n'a jamais eu d'inconvénient.

M. DUCHAUSSOY demande à M. Jolly s'il croit à l'assimilation directe des phosphates tels qu'ils sont ingérés.

M. JOLLY penche pour l'affirmative dans les cas de phosphates de potasse, de fer et de soude; mais, pour le phosphate de chaux, il croit qu'il est de formation endocellulaire due à l'action réciproque des phosphates alcalins sur les sels calcaires.

Empoisonnement par du désinfectant St-Luc, renfermé dans une bouteille de St-Galmier.

M. LECERF rapporte un cas d'empoisonnement par une solution de 30 0/0 de chlorure de zinc (désinfectant St-Luc) dû à une erreur causée par la bouteille renfermant ce liquide; et il appelle l'attention de la Société sur la nécessité d'imposer aux marchands de produits chimiques l'emploi de flacons spéciaux pour renfermer les produits dangereux. Cette question est renvoyée au Comité d'hygiène.

Étude sur les égouts de Paris et des dangers qu'ils présentent au point de vue hygiénique.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE lit un travail dans lequel il fait l'historique complet des égouts en général; il suit leur développement complet dans la capitale. Il donne sur la géographie et la topographie des égouts de Paris les renseignements les plus complets. Il décrit leur mode d'action, leur curage; critique les divers projets du tout à l'égout et montre leurs dangers. Il fait à ce propos l'étude comparative des divers systèmes de vidanges, donnant la préférence au système pneumatique. Il montre dans le tout à l'égout la possibilité d'infiltrations qui pourraient empoisonner le sol sur une grande étendue et provoquer l'infection des puits, cours d'eau, etc.

Sur un cas de rétrécissement de l'urèthre.

M. FORT cite un cas de rétrécissement rebelle qui a cédé à l'électrolyse linéaire précédé de cathétérisme patient et souvent répété à l'aide de bougies filiformes.

M. DUCHAUSSOY demande si la guérison persiste dans les cas de rétrécissement de cause traumatique.

M. FORT répond affirmativement et cite même un cas datant déjà de dix mois.

M. CAZENAVE DE LA ROCHE envoie à la Société un travail intitulé : *De la diététique du phtisique.*

Séance du 19 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Analyse du contenu d'un kyste.

M. LECERF donne les résultats de l'analyse qu'il a faite du contenu d'un kyste de la glande de Bartholin, présenté à la dernière séance par M. Polaillon. Cette matière était formée en majeure partie par de l'albumine. On y trouvait également des traces de mucine, de pigments et d'acides biliaires, et de graisse; elle renfermait du chlorure de sodium et des phosphates. L'examen microscopique a permis de constater la présence d'œufs de nématodes.

De l'intervention dans la présentation du siège, mode des fesses.

M. OLIVIER. — I. *De l'intervention pendant la grossesse.* — Lorsqu'à huit mois de grossesse, l'accoucheur constatant l'existence d'une présentation du siège, doit-il laisser les choses en l'état et s'exposer à voir l'enfant naître par le siège, ou bien doit-il transformer par la version, par manœuvres externes, la présentation du siège en une présentation du sommet? En 1886, la Société obstétricale et gynécologique de Paris, saisie de la question, se basant sur la faible mortalité infantile et sur la difficulté et les dangers de la version par manœuvres externes, décida que chez les primipares on pouvait tenter cette version, mais qu'elle était difficile et dangereuse; que, chez les multipares, si elle était plus facile, elle était moins nécessaire. Les trois faits suivants démontrent la gravité de la présentation du siège et pour l'enfant et pour la mère: 1er cas. Extraction laborieuse, enfant naissant en état de mort apparente, ranimé. — 2e cas. Extraction très laborieuse; durée des manœuvres: 1 h. 1/2, enfant mort. — 3e cas. Extraction très laborieuse, durée des manœuvres: une heure; enfant mort, femme morte trois heures après l'accouchement. Les statistiques confirment cette gravité pour l'enfant. On a dit que la version par manœuvres externes était difficile; elle est quelquefois extrêmement facile. On a dit qu'elle était dangereuse. Quels sont ses dangers? Une présentation transversale peut succéder à une présentation du siège. On n'en connaît pas d'exemple. L'utérus peut se rompre; il se rompt quelquefois spontanément: pas d'exemple. Le placenta peut être décollé. On n'en connaît que de rares cas où on avait usé de violence. Conclusion : *Il faut* pratiquer la version par manœuvres externes quand on trouve un siège à huit mois de grossesse, sauf dans les cas suivants malformation de l'utérus, grossesse multiple, existence soupçonnée de circulaires serrées. Il faut agir doucement.— II. *De l'intervention pendant le travail.* Au début du travail, si la poche des eaux est intacte, le fœtus non engagé, il faut faire la version par manœuvres externes. On n'a pas fait la version externe, la dilatation est complète, le siège non engagé, la poche des eaux intacte ou rompue : il faut d'abord essayer d'aller chercher un pied, on le défléchira, soit par la méthode de *Barnes*, soit par celle de *Pinard-Mantel;* si on réussit, on fera l'extraction immédiate. Si on ne réussit pas, avant de faire l'extraction, si l'enfant ne souffre pas, si la santé maternelle ne s'altère pas, on attendra pour permettre l'engagement. S'il faut intervenir, on portera un lacs avec un porte-lacs sur l'aine antérieure, et on fera l'extraction. Si on n'avait pas de lacs, on appliquerait le forceps. — Le siège est engagé, on se trouve forcé de terminer l'accouchement, la conduite variera selon la variété de position. Dans les variétés antérieures, on appliquera les lacs sur l'aine antérieure, la direction de la traction est bonne, il n'y a pas de danger de fracture de fémur. Dans les variétés postérieures, on appliquera le forceps de Tarnier sur les cuisses de l'enfant, on tirera autant que possible pendant les contractions, et on fera faire l'expression utérine. En cas d'insuccès, lacs. — Le siège est à la vulve, la fesse postérieure est arrêtée par le périnée, on emploiera la méthode bi-rectale.

Corps étrangers autour de la verge.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapporte un cas d'étranglement de la verge par deux anneaux superposés, observé et opéré par M. le Dr Lardier, de Ramberviller. Il s'agit d'un homme de 39 ans, qui avait passé deux anneaux, l'un sur l'autre, autour de la verge et qu'il avait introduits jusqu'à la racine de celle-ci. L'état du malade était excessivement grave; outre la rétention d'urine, il y avait un commencement de gangrène; aidé du docteur Pernet et d'un horloger, M. Lardier put scier les anneaux, dont l'extérieur avait plus de deux millimètres d'épaisseur, et les enlever. Les escharres se cicatrisèrent et l'homme guérit parfaitement bien.

M. GILLET DE GRANDMONT cite, à cette occasion, le cas d'un homme qui, dans un but de mortification, avait passé dans le scrotum un fil auquel étaient suspendues vingt balles de plomb; ce malade a succombé.

Le secrétaire des séances, GUELPA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAGNEAU.

M. le Dr GRANCHER continue sa communication sur l'*antisepsie médicale dans la rougeole et la diphtérie.* L'antisepsie médicale n'a donné, pour la rougeole, que des résultats négatifs : les cas de rougeole contracté à l'hôpital ont été de 35 en 1885, de 34 en 1887; et, en 1889, alors qu'on avait pratiqué cette antisepsie, il y a eu encore 25 cas. Dans les services voisins, où l'antisepsie était moins rigoureusement appliquée, il y a même eu moins de cas de rougeole. Si ces résultats ont été

si mauvais, c'est que, dans la rougeole, la contagion se fait avant tout signe de rougeole. Certains auteurs ont cru que la rougeole créait une atmosphère ambiante dangereuse : mais, avec cette théorie, il serait impossible d'expliquer les cas de contagion se faisant à l'autre extrémité de la salle, alors que les lits voisins du rubéolique ne sont pas contaminés. Il est plus vraisemblable d'admettre que c'est l'infirmière qui a transporté la maladie. — Pour la diphtérie, les résultats ont été très favorables. En 1889, il y a eu 153 cas intérieurs : sur ces 153, 53 ont été consécutifs aux rougeoles, et les 100 autres cas sont venus des services de médecine ou de chirurgie : 116 sont morts. En 1889, on fait une antisepsie médicale rigoureuse, et, sur 500 cas de diphtérie, pas un seul cas de contagion. Il est de toute nécessité d'employer une antisepsie complète; l'isolement seul ne donne pas de bons résultats ; dans certains cas, il peut même augmenter la mortalité; c'est ainsi qu'au pavillon de diphtérie, tous les enfants meurent de bronchopneumonie. Dans la rougeole, les affections secondaires sont très nombreuses : comment lutter contre elles sans l'antisepsie ?

MM. Sevestre, Chantemesse et Martin prennent part à la discussion.

MM. les Drs Hutinel et Deschamps. — *Mesures d'isolement et d'antisepsie dans un service d'enfants malades.* Dans la scarlatine, l'élément principal échappe ; mais nous savons que le pharynx est la porte d'entrée des germes qu'on trouve dans les affections secondaires : aussi avons-nous pratiqué l'antisepsie de la gorge. Comme il est difficile d'employer les gargarismes chez les enfants, nous avons pratiqué des lavages à grande eau (acide borique, 3 gr. pour cent) dans le pharynx et la bouche. Plusieurs fois par jour, on badigeonne la gorge et les fosses nasales avec du coton trempé dans de la glycérine boriquée. L'acide borique est préférable à d'autres antiseptiques chez les enfants, car on n'a pas à craindre d'intoxication. Outre les microorganismes, il faut admettre d'autres causes d'affections secondaires dans la scarlatine, telles que le froid et les écarts de régime. En résumé, grâce à l'isolement et à l'antisepsie, les complications ont été rares, bénignes, et il n'y a pas un seul décès.

MM. Leowenberg et Sevestre prennent part à la discussion.

M. Drouineau. — *Les dépôts de gadoue au point de vue de l'hygiène rurale.* M. Drouineau montre les dangers et les inconvénients des dépôts de gadoues dans les champs; il trace les règles qui devraient être suivies dans ces dépôts, et insiste sur les précautions qui devraient être prises par l'autorité.

M. Mangenot prend la parole sur les *vaccinations obligatoires* qui ont été pratiquées dans les écoles du 13e arrondissement. Sur 990 enfants, 24 ont refusé de se laisser revacciner.

Martha.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — De l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine au point de vue hémostatique ; par le Dr Moncorvo. Paris, 1889 ; O. Berthier, éditeur.

II. — Les composés fluorés et en particulier le fluorure de bore dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; par le Dr Alvaro-Alberto. Paris, 1889; O. Doin, éditeur.

III. — De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphtérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou ; par les Drs Alb. Leblond et Ch. Baudier, Paris, 1889.

IV. — La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine ; par le Dr Constantin Schmidt. Paris, 1889; O. Doin, editeur.

V. — Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique ; par H. Nothnagel et M.-J. Rossbach, traduit par le Dr J. Alquier. Paris, 1889; J.-B. Baillière, éditeur.

I. — Il résulte des recherches du Dr Moncorvo, que l'antipyrine, ainsi que la thalline, doivent être considérées comme des agents hémostatiques, dont l'efficacité dépasse celle de leurs congénères, en ce qui concerne leur action directe sur le foyer hémorrhagique : cette propriété hémostatique est mise en évidence tant par l'expérimentation sur les animaux que par la clinique. Quant à l'acétanilide et à la phénacétine, elles ne semblent guère jouir de la propriété hémostatique.

L'hémostasie due à l'antipyrine et à la thalline, paraît pouvoir être expliquée par l'action constrictive qu'elles exercent sur les vaisseaux, aussi bien que par la coagulation du sang qu'elles semblent activer sur place. Toutefois, cette interprétation n'est qu'une hypothèse qui demande la confirmation de nouvelles expériences.

II. — L'auteur, après avoir passé en revue les différents travaux sur la matière (Raimondi, Garcin, Hérard, Gilliard, Audollent, etc.), rapporte ses expériences personnelles sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les composés fluorés. Après de nombreux essais préliminaires, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, M. Alvaro-Alberto s'est arrêté au *fluorure de bore*, car c'est le seul qui, sous la forme gazeuse, soit tolérable par les poumons à toute dose thérapeutique; il peut être administré sans danger à des doses assez grandes pour inonder les poumons complètement, c'est-à-dire pour que le médicament soit à dose active sur la surface pulmonaire tout entière, pendant tout le temps de chaque séance d'inhalation; finalement, il peut être inhalé pendant longtemps, pendant des mois, ou même des années, sans jamais devenir toxique.

De quelle façon agit le fluorure de bore contre la maladie tuberculeuse? Ce n'est qu'à l'état probable d'acide fluorhydrique plus ou moins dilué, que ce fluorure est introduit dans les poumons par inhalation, d'où décomposition secondaire en acide borique et en acide hydrofluoborique. Ces agents constitueraient des fermenticides énergiques dont la puissance se ferait sentir, d'après l'auteur, non seulement sur le bacille de Koch, mais aussi sur les microbes variables qui sont les commensaux de ce bacille.

Le procédé le plus pratique pour préparer le fluorure de bore consiste à mettre une lampe à alcool ou même une bougie commune, allumée, sous une capsule en porcelaine contenant l'acide borique et une solution de cet acide dans de l'acide fluorhydrique commercial. L'acide borique doit y être en grand excès, et constituant une pâte sèche avec le soluté fluoborique, afin d'empêcher la production de vapeurs fluorhydriques. Pour plus de précaution, on couvrira la pâte d'une couche d'acide pur, que les vapeurs fluoboriques auront à traverser avant de se répandre dans l'atmosphère.

Il ne faut pas avoir peur de faire inhaler des vapeurs épaisses du fluorure de bore. Ces vapeurs sont inoffensives; aussi la dose qu'on en doit administrer, c'est la quantité la plus grande que le malade en puisse tolérer. On fait, en général, deux séances par jour, de 2 à 3 heures chacune. La salle d'inhalation doit être assez grande; l'air doit y être renouvelé sans cesse, au moyen d'un appareil quelconque.

III. — Ce mémoire, lu au Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences, se termine par les conclusions suivantes, relatives aux applications techniques de la résorcine: dans la *diphtérie*, le traitement consiste en badigeonnages du pharynx avec la solution :

Résorcine	3 gr.
Glycérine	30 gr.

Ces badigeonnages, et c'est là le point important, doivent être répétés toutes les heures au moins, jour et nuit. Il ne faut pas craindre de réveiller l'enfant et d'employer toute l'énergie nécessaire pour que le pinceau balaie bien toutes les surfaces. On fait aussi pulvériser, d'une façon presque continue, la solution suivante :

Résorcine	50 gr.
Eau distillée	1 litre.

Dans la *tuberculose* et dans la *coqueluche*, les auteurs font pratiquer des fumigations de résorcine, au moyen d'une petite capsule métallique chauffée sur une lampe à alcool et recevant le médicament à l'état pulvérulent. Un gramme de résorcine suffit en général à chaque fumigation pour une pièce de dimension moyenne. Dans la coqueluche, on les pratique toutes les deux heures, le jour et la nuit, et le traitement dure une vingtaine de jours. Dans la tuberculose, on devra multiplier les fumigations de façon à faire vivre constamment le malade dans l'atmosphère antiseptique; pratiquement, on est

obligé de se contenter de 4 ou 5 fumigations dans la journée; pendant la nuit, la fumigation doit être pratiquée d'une façon presque continue.

Dans la tuberculose, le sirop suivant, dont on prend 2 à 3 cuillerées à soupe dans les 24 heures, a semblé un utile adjuvant :

Résorcine. . . . . 10 gr.
Sirop de térébenthine. . . . . . . 500 gr.

Dans le *chancre mou*, la résorcine en poudre, appliquée directement, en modifie la surface en 5 ou 6 jours, et transforme l'ulcération en plaie simple, dont n'importe quel pansement achève la guérison.

IV. — Le Dr C. Schmidt est partisan de la réduction progressive. Lorsqu'on est arrivé aux doses faibles (entre 3 et 10 cent. par 24 heures) et que les symptômes de l'abstinence sont nettement déclarés, ce qui fait supposer qu'il n'existe plus de poison actif dans l'organisme, alors le moment est venu de suspendre les injections de morphine, et de leur substituer la codéine. On choisira la formule suivante :

Phosphate de codéine. . . . . . . 1 gr.
Eau distillée stérilisée. . . . . . . 10 gr.
Filtrée.

Au début, les injections seront faites de 4 en 4 heures. Peu à peu, on augmentera les intervalles et on diminuera la quantité de codéine.

On facilitera ensuite la cessation de la cure codéinique par l'emploi, en injections, de la méco-narcéine (3 gr. de la préparation Duquesnel dans les 24 heures).

V. — Cet ouvrage, de plus de 900 pages, a été traduit et annoté par le Dr J. Alquier sur la 6e édition allemande. Il est précédé d'une introduction magistrale écrite par M. Bouchard, dans laquelle le savant professeur montre la voie féconde ouverte à la science médicale par les doctrines nouvelles.

Le plan et la division de ce livre ont été parfaitement compris par les auteurs allemands, et le répertoire thérapeutique qui le termine en rend les recherches très faciles. Nous regrettons, toutefois, que, dans l'histoire de certains médicaments, on ait trop volontiers oublié les noms des observateurs français. F. BOTTEY.

CORRESPONDANCE

I. Hôpital des Enfants à Berlin. — II. Hôpitaux de Tuberculeux. — III. Contagion de la Phtisie.

Berlin, le 24 juin 1890.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez lu sans doute, dans les gazettes publiques, que l'on se hâte, à Berlin, de bâtir des églises. On en a déjà fini plusieurs. Mais, en même temps, je suis satisfait de vous faire savoir qu'heureusement la ville de Berlin ne prend pas soin seulement du salut de l'âme de ses citoyens. Elle songe aussi à ses malades.

I.—En présence de l'impératrice Frédéric, le vingtjuin, on a posé la première pierre de l'hôpital des enfants, nommé « *Hôpital de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric* ». Beaucoup de notabilités avaient été invitées par le comité à prendre part à la cérémonie. M. le professeur Rodolphe Virchow, comme président du comité, a prononcé un discours. L'orateur a motivé la nécessité de bâtir cet hôpital. En 1884, à Berlin, 8915 enfants avaien teu la diphtérie et 2446 d'entre eux étaient morts !

Après le discours de Virchow, M. le Dr Baginsky, médecin désigné de l'Institut et secrétaire du comité, a lu la lettre de fondation de l'impératrice, du premier bourgmestre, du président des délégués municipaux et des membres du comité de surveillance. L'hôpital sera ouvert le 15 juillet. L'édifice principal sera long de 130 mètres. Une aile est destinée à la section médicale, l'autre à la section chirurgicale, le milieu à l'administration. En outre, il y aura une partie pour l'ambulance (Poliklinik), quatre pavillons (Morbilli, Pertuozis, Scarlatina, Diphtæria), le lavoir et la maison où l'on dépose les cadavres. L'hôpital pourra recevoir 300 enfants malades. On apporte des soins particuliers à l'établissement des pavillons. On a renoncé, pour la première fois, à tout revêtement de bois, pour éviter les rainures murales et pour éviter toute accumulation de microorganismes pathogènes.

II.—Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de vous annoncer encore la création d'une autre institution utile. Une assemblée de délégués de Sociétés médicales a résolu à l'unanimité l'établissement d'hôpitaux pour les phtisiques (*Volksheilstätten für Lungenkranke*) près de Berlin. Les démarches nécessaires seront faites par les professeurs Leyden, Bernard Fränkel et Fräntzel. Cette fondationsera fortement subventionnée par les Berlinois et la municipalité ; car, parmi les causes de mort à Berlin c'est la phtisie pulmonnaire qui joue le premier rôle. D'après la statistique, 160,000 hommes meurent de cette maladie tous les ans en Allemagne. A Berlin, de 1878 à 1887, 39.832 hommes ont succombé à cette affection, c'est-à-dire 4,000 personnes par an.

La statistique a démontré que dans les appartements des riches il n'y a pas moins de cas de mort causés par cette maladie que dans les logements du bas peuple. En 1887, il y avait à Berlin :

	Sur le devant.		Sur la cour.	
	—		—	
à la cave.	139	cas de mort.	89	cas de mort.
au rez-de-chaussée.	213	—	164	—
au premier. . , . . .	273	—	208	—
au second	274	—	221	—
au troisième.	315	—	153	—
au quatrième et au cinquième.	251	—	128	—

Cependant, il faut se souvenir que nombre de pauvres sont morts dans les hôpitaux.

Le statisticien Engel a dit : « La durée moyenne de la vie de la population indique infailliblement la richesse de l'Etat. » Or, la richesse de l'Etat et de la ville souffre beaucoup, car à Berlin il n'y a pas seulement 4,000 morts de la phtisie par an, mais encore 24,000 malades.

Pour remplir leur but, les hôpitaux à bâtir doivent être accessibles aux pauvres sans droit d'entrée. Les classes moyennes doivent être reçues en payant suivant leurs moyens. L'établissement de tels instituts est coûteux. Un hôpital pour 200 personnes, tel que l'hygiène l'exige, demande un capital de 600,000 mark. Mais Berlin fera de son mieux pour le salut public.

III.—La tuberculose pulmonaire est-elle contagieuse? On discute cette question chez nous et à l'étranger depuis longtemps, sans arriver à un résultat. M. le Dr Haupt (de Soden) vient de publier une brochure qui traite de cette question. Il essaye de démontrer que la contagiosité de la phtisie est bien douteuse. Les observations, qu'il a faites au bain de Soden, sont très intéressantes. Parmi les 1500 habitants du lieu, il y a 101 loueurs. Dans la plupart des maisons, les femmes avec leurs sœurs et leurs filles soignent les hôtes phtisiques. Dans quelques maisons, les femmes sont secondées par des bonnes, qui viennent des villages voisins. Celles-ci font le lit des malades, nettoient les chambres, époussètent les tapis, éloignent les crachats, travail bien exposé à la contagion. En hiver, la famille du loueur habite les mêmes chambres que les phtisiques ont occupées pendant l'été. Depuis 1855 jusqu'à 1888, 48 des 238 loueurs sont morts ; 10 d'entre ont succombé à la phtisie pulmonaire. Chez 6, on avait constaté la disposition héréditaire ; la phtisie des autres avait été produite par le refroidissement et par des causes extérieures. De 415 bonnes, 17 sont mortes; 5 d'entre elles de la phtisie, dont on ne pourrait également constater l'origine contagieuse. Quant à la mortalité générale de Soden, il y a eu 76 cas de mort pendant les trois dernières années. 10 morts étaient âgés de 80-85 ans, 11 de 70-80 ans, 9 de 60-70 ans, etc. Parmi ce nombre, il y avait 7 cas de mort causée par la tuberculose, parmi lesquels se trouvent 2 cas de *meningitis tuberculosa* d'enfants et 1 cas d'*ostitis tuberculosa* chez un enfant. Des quatre autres personnes mortes de la phtisie, il n'y en avait qu'une seule qui eût eu affaire aux hôtes du bain. Celle-ci était alcoolique comme sa mère, qui était aussi morte de la phtisie pulmonaire. Ces observations, on doit le confesser, parlent tout-à-fait contre la contagiosité de la phtisie.

Agréez, M. le rédacteur, l'assurance de ma haute considération. LÉOPOLD CASPER.

VARIA

Les Fêtes du VI[e] Centenaire de l'Université de Montpellier.

IV. — *Journée du dimanche 25 mai.*

Le Président de la République a quitté Montpellier à 7 h. 40, pour Besançon, accompagné et suivi des acclamations les plus chaleureuses, laissant les Montpelliérains et leurs hôtes continuer les fêtes du Centenaire.

A neuf heures du matin, il a été procédé, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à la lecture des adresses des étudiants des diverses Facultés. Tous sont là avec leurs drapeaux et leurs bannières. Aussi la salle présente-t-elle un coup-d'œil admirable. M. Benjamin Milhaud et M. Guy, président de l'Association générale des Etudiants remercient les étudiants étrangers d'avoir répondu à l'appel qui leur avait été fait. Puis chaque chef de délégation donne lecture des adresses en suivant l'ordre alphabétique : Amérique, Angleterre (Cambridge, Oxford, Edimbourg, Saint-Andrews), Arménie, Bulgarie, Espagne, Finlande, Grèce, Italie (Bologne, Rome, Turin), Russie, Suède et Norwège, Suisse. La cérémonie se termine par la lecture des adresses des délégations françaises. Toutes ces adresses ont été soulignées par des applaudissements frénétiques et d'innombrables bans.

A onze heures a eu lieu, dans la salle des Variétés, le banquet du corps médical. Il était présidé par M. Castan, doyen de la Faculté de médecine. Les convives étaient au nombre d'environ trois cents. La cordialité la plus vive n'a cessé d'y régner. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés. Le premier a été prononcé par M. Castan :

Messieurs,

Nos grandes fêtes universitaires vont prendre fin et vous, nos chers hôtes, vous allez nous laisser. Quelle impression emporterez-vous de votre séjour au milieu de nous ? Je ne sais. Quant à nous, nous tenons à vous dire combien nous avons été touchés de l'empressement que vous avez mis à répondre à notre appel, et combien durables et profonds seront les souvenirs que ces belles journées laisseront dans nos cœurs. Permettez-moi d'espérer qu'une solidarité nouvelle, une union plus intime se seront établies entre nous ; ce serait assurément pour nous le plus précieux résultat des journées que nous avons passées ensemble.

Et du reste, Messieurs, comment pourrions-nous ne pas nous sentir profondément unis ? Où seraient donc parmi nous les germes de division ? Par sa nature même, par ses méthodes, notre science ne saurait, en effet, jamais soulever de bien vives discussions entre nous. Je sais bien que, si je me place sur le terrain de l'histoire, je trouverai bien des systèmes, bien des théories ; je sais bien qu'il y a longtemps déjà, on parlait d'une certaine rivalité entre les Ecoles de Paris et de Montpellier ; aujourd'hui la lutte est finie et à jamais finie. Pourquoi ? Parce que nous avons tous compris que nous devions nous placer sur le terrain de l'observation, et que sur ce terrain, nous ne pouvons nous égarer, ramenés toujours à la vérité par les faits eux-mêmes. C'est l'observation qui fait notre force, c'est à elle seule que nous devons recourir dans toutes nos recherches, c'est à elle seule que nous devons tous nos progrès. L'union existe donc dans les principes, dans les méthodes, dans les esprits, comment n'existerait-elle pas dans les cœurs !

A vous donc, mes chers collègues, à vous les vaillants pionniers des sciences médicales, à vous qui nous avez entourés de votre sympathie, nous devons l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Je lève mon verre en l'honneur des Universités étrangères, des Universités françaises ; je bois à l'union de toutes les Universités.

M. le P[r] Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a répondu en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

Au nom de la Faculté de médecine de Paris, je salue les six ou sept siècles de gloire de la Faculté de médecine de Montpellier. Je dis 7 siècles car, si la bulle de Nicolas IV est de 1289, elle n'a pas créé, elle a consacré ce qui existait, ce qui s'était développé depuis plus de cent ans. Elle a donné une direction plus précise aux efforts antérieurs, mais ceux-ci doivent-ils être effacés de notre mémoire ?

N'est-ce pas pendant cette période qu'au milieu des ténèbres s'est montré, à Montpellier, un point lumineux, aurore de la renaissance des sciences médicales ? Parmi tant de titres de gloire que vous pouvez invoquer, je n'en connais pas de plus enviable.

Je ne veux pas refaire une histoire qui vous est plus familière qu'à moi, je ne veux pas essayer de redire ce qui a été si bien dit par tant d'orateurs ; mais n'est-on pas frappé de voir quel degré de vitalité possédait votre antique Université. A travers les difficultés de la période féodale, à travers les ruines des guerres religieuses, vous vivez, et, dès que le calme le permet, vous prenez un nouvel essor.

Pourquoi ces renaissances successives qui éclipsent bien souvent l'éclat de toutes vos rivales scientifiques ? Messieurs, permettez-moi de rapporter pour une large part cette vigueur dans la lutte au milieu dans lequel vous et vos ancêtres avez vécu.

Votre patrie locale vous aime, vous êtes le plus beau joyau de sa couronne, elle connait vos efforts, elle vous soutient. Appartenir à la Faculté est la satisfaction d'une ambition qui n'est pas seulement celle d'un homme, mais celle d'une famille. Vous avez des familles professorales.

L'amour des sciences médicales est en vous, en vos familles, en votre ville. Comment s'étonner que dans de telles conditions vous puissiez citer les noms de tant d'illustres médecins ? Il n'est pas une branche des sciences médicales qui n'ait parmi ses maitres un Montpelliérain.

Quelques-uns ont systématisé les faits dont ils avaient été les témoins ; ils ont groupé leurs idées, les ont érigées en doctrines. Nous, leurs successeurs, nous sommes souvent sévères pour les systèmes philosophiques, quand les progrès de la science les ont ruinés. Nous avons tort, nous ne les jugeons plus que par leurs erreurs, nous oublions qu'elles ont été à un moment la marque d'un progrès, qu'elles ont obligé les hommes à les étudier, à les critiquer, à les défendre et à les combattre, qu'elles ont obligé des générations à penser. Pour ma part, quand un homme ouvre à mon intelligence des horizons nouveaux, alors même que je ne partage pas toutes ses opinions, j'ai pour lui un profond respect.

Telles sont les raisons pour lesquelles la Faculté de Paris a tenu à se joindre à tous les délégués des Universités françaises et étrangères qui venaient saluer l'antique Université de Montpellier. Nous avons vu, mes chers Collègues, que les traditions qui ont fait la grandeur de vos ancêtres sont restées intactes. Vous possédez leurs vertus, leur foi dans le progrès. Vous êtes entourés de l'amour de vos concitoyens. Nous n'en voulons pour preuve que l'inoubliable accueil que vous nous avez fait, vous et vos plus illustres concitoyens. Aucun de nous n'en perdra le souvenir et, en rentrant chez nous, nous pourrons dire que votre passé répond de l'avenir.

Je bois, Messieurs, à cet avenir. Il ne sera jamais assez grand, assez beau, pour répondre à nos souhaits : A l'Université de Montpellier.

Ensuite M. Jaumes, professeur de médecine légale, président de l'Association des médecins de l'Hérault, a pris la parole :

Messieurs et très honorés confrères,

Le corps médical de la région Montpelliéraine m'a chargé de vous souhaiter la bienvenue. Je dois cet honneur à ma qualité de président de notre association locale, et j'en sens le prix, mais sans me dissimuler que tout autre en eût été plus digne.

Je saisis néanmoins avec empressement l'occasion de vous offrir l'hommage de notre gratitude pour le témoignage de sympathie dont vous nous avez honoré en faisant bon accueil à notre invitation. Vous avez quitté vos foyers, interrompu vos travaux, franchi de grandes distances pour venir à nous ; grâces vous en soient rendues. Par votre présence aux solennités du centenaire, non seulement vous avez comblé nos vœux personnels, vous avez encore consacré d'une façon éclatante les liens de solidarité qui unissent les membres de la famille médicale ; vous avez affirmé les sentiments de confraternité dont on ne saurait trop proclamer le rôle bienfaisant, l'indispensable nécessité, et en vertu desquels celui d'entre nous dont la renommée célèbre les succès dans une ville opulente, et celui qui trace péniblement et obscurément le sillon professionnel dans un modeste hameau, d'où qu'ils viennent, où qu'ils se rencontrent, quelles que soient les circonstances qui les mettent en contact, spontanément, d'instinct, pourrais-je dire, se tendent une main cordiale.

Merci donc à vous, Messieurs et très honorés confrères. Puissiez-vous emporter de votre séjour trop court à notre gré, au milieu de nous, une impression bienveillante. Quant à nous, nous en conserverons, je vous l'atteste, un souvenir charmé et reconnaissant.

Au nom des médecins de la région Montpelliéraine, je bois aux confrères, nos hôtes, et, dans leurs personnes, à la confraternité médicale.

M. Imbert, professeur de physique médicale à la Faculté de Montpellier a porté le toast suivant :

Messieurs,

Je suis sûr d'être approuvé par vous tous en vous proposant de

lever nos verres en l'honneur de l'un des plus illustres de nos hôtes, de celui dont la présence à nos fêtes du Centenaire est une preuve éclatante d'estime donnée à notre Université de Montpellier, du célèbre physicien physiologiste, dont l'œuvre est si variée et si étendue que l'on a peine à concevoir qu'une intelligence et une vie humaine aient pu suffire à l'édifier, du savant dont nous utilisons tous, dans l'enseignement théorique comme dans la pratique médicale, les admirables travaux et les merveilleuses découvertes.

Buvons à l'une des gloires du XIX[e] siècle. Santé et longue vie au professeur H. von Helmholtz!

M. HELMOLTZ, dont le toast n'a été publié nulle part, à notre connaissance, a commencé par remercier de l'accueil qu'on lui faisait; puis il a raconté comment il avait fait de la physique; que c'était là ses premières amours auxquelles il était revenu, car, au début de sa carrière, son père ne lui permit de s'adonner aux études de physique qu'après avoir fait de la médecine. Lorsqu'il commençait ses études, la Faculté de médecine de Montpellier était conservatrice, défendait les théories vitalistes. En Allemagne, il était l'élève d'un maître qui cherchait l'union des vitalistes et des physiologistes de l'avenir. « J'étais alors, dit-il, de l'extrême gauche. » Il ajoute qu'il n'a jamais aimé les spéculations; que la meilleure école est celle de l'observation et de l'expérimentation dont les fruits ont été si considérables. « Notre temps a vécu plus intensivement qu'aucun temps antérieur de l'humanité. Depuis 50 ans, les sciences naturelles ont fait plus de progrès qu'en 2,000 ans... Nous les devons à l'observation, à l'expérimentation. » Rappelant que les découvertes ne naissent pas de toutes pièces, d'un coup, et faisant allusion à l'un de ses plus beaux titres scientifiques, M. Helmoltz a dit: « Si j'ai découvert l'ophthalmoscope, je n'ai pas grand mérite; je me suis trouvé là quand cette découverte est devenue nécessaire. » Et, après avoir rappelé que dans les sciences médicales tout progrès ne peut que tourner au bénéfice de l'humanité, il a porté un toast: « Aux progrès de la science médicale! A la paix générale! »

M. le P[r] Kolmann (de Bâle), un professeur du Brésil et M. le P[r] Butsamente (de Rio de Janeiro), remercient en termes chaleureux de l'accueil qui leur a été fait. M. le P[r] Revillod, (de Genève), dit qu'il est heureux de pouvoir manifester hautement sa reconnaissance envers la France. « C'est en France, dit-il, que moi et beaucoup de mes compatriotes avons puisé les bonnes traditions que nous avons ensuite portées dans notre pays. La France nous a accueillis dans ses Facultés et nous a admis libéralement à prendre part à tous ses concours: A la France! »

Alors, à l'étonnement d'un grand nombre de convives, M. le P[r] Béchamp, ancien professeur de la Faculté de Montpellier, ancien doyen de la Faculté cléricale de Lille, a prononcé ces paroles:

Messieurs, permettez-moi, comme à un affamé de vérité et de justice, de manifester devant vous la joie qui déborde en moi. En buvant au conseil général des Facultés de Montpellier, à son président, M. Chancel, mon éminent ami, à l'illustre Faculté de médecine qui de nouveau m'a accueilli, et à l'Université de France, je remplis un devoir imposé par la reconnaissance.

Je bois aux premiers parce que, après une longue absence, ils m'ont procuré la joie du retour. Je bois à la seconde parce qu'elle est la gardienne d'une grande et nécessaire liberté: la liberté de la science; d'un grand et fécond principe, noblement proclamé ici, dans une autre enceinte, par M. le président de la République: l'indépendance de la pensée à l'égard de toute pensée humaine.

En un jour de patriotique angoisse, j'ai cru que je pourrais servir plus utilement mon pays et — pourquoi ne le dirais-je point? — une cause qui m'est chère, dans un autre milieu.

Je me trompais!

De mon aventure, j'ai rapporté la conviction que l'Etat ne doit point abandonner la haute culture intellectuelle des Français à l'insuffisance, à l'incompétence, ni surtout aux hasards de l'inconnu. Je bois donc à l'Université de France, gardienne de la liberté de la science, de la dignité du professorat et du principe de l'indépendance de la pensée.

Ces déclarations de M. Béchamp, ont une portée et une signification qui n'échapperont à personne. L'aveu public de l'erreur qu'il a commise en croyant qu'il pourrait, dans une Faculté catholique, continuer à servir librement la science, nous parait de nature à servir d'enseignement à ceux qui seraient tentés d'imiter son exemple.

L'arrivée dans la salle du banquet d'un groupe d'étudiants a fourni l'occasion à M. le P[r] Tedenat de faire remarquer qu'on avait parlé du passé, mais qu'on n'avait pas assez pensé aux jeunes, à la belle génération qui nous entoure: « Je porte donc, dit-il, un toast aux étudiants, à l'avenir de la science qui doit établir la fraternité parmi les peuples. »

Après les remercîments adressés par les étudiants pour les marques de sympathie qui leur sont données, M. le P[r] Carrieu, a porté un toast à la presse médicale, dont nous n'avons pu nous procurer le texte (1). Nous avons répondu à peu près en ces termes:

Monsieur le Doyen, Messieurs,

« La Presse a le devoir de renseigner ses lecteurs sur tout ce qui se passe dans les Congrès scientifiques et dans les fêtes comme celles auxquelles nous venons d'assister, qui ont pour but le progrès de la Science et le bien de l'Humanité. Les grandes réunions où se trouvent mêlés les savants et les étudiants de tous les pays établissent, on ne saurait trop le répéter pour convaincre ceux qui les dédaignent, des relations qui ne peuvent tourner qu'au profit de la science et de l'union des nations. Aussi est-ce avec un réel plaisir que j'ai cru devoir profiter de l'invitation qui m'avait été adressée.

« Aujourd'hui, comme on a si bien dit, les Facultés de médecine sont égales, le même esprit scientifique y règne. Il n'y a plus de Faculté de médecine matérialiste, ni de Faculté de médecine vitaliste. Il n'y a plus que des Facultés animées du même esprit de progrès et du même amour de la libre recherche. Le vieil esprit est passé ailleurs. Tout-à-l'heure — un homme bien placé pour savoir à quoi s'en tenir — vous a indiqué la servitude intellectuelle qui attendait le malheureux savant assez faible pour croire à de fallacieuses promesses. Il en est la preuve vivante et la victime. La science moderne est incompatible avec le vieil esprit doublé d'intolérance. Elle a besoin de franches allures.

« Vous nous demandiez, tout-à-l'heure, Monsieur le Doyen, quelles étaient les impressions que nous avions ressenties de tout ce que vous nous avez fait voir. Tous ceux qui ont parlé avant moi vous l'ont déjà dit; tous nous avons constaté les améliorations considérables que vous avez réalisées à Montpellier: votre bel hôpital suburbain, votre nouvel institut de physique et de chimie médicales, votre admirable institut de botanique, sont autant de créations dont vous, vos collègues et la Municipalité montpelliéraine pouvez être fiers à bon droit.

« Les progrès accomplis dans l'enseignement supérieur à Paris, à Bordeaux, à Lyon, à Nancy et en particulier à Montpellier et sur d'autres points du territoire, on ne saurait trop le proclamer, sont dus à la République. Aucun régime antérieur, en un même nombre d'années, n'a fait autant de réformes et d'une telle importance. C'est au gouvernement de la République, que revient l'honneur d'avoir créé dans nos centres d'études, les laboratoires, les amphithéâtres, les instituts que nous y admirons. C'est au gouvernement de la République que nous devons rapporter la diffusion de l'enseignement et le perfectionnement de l'enseignement supérieur.

« Je bois à M. le professeur Castan, doyen de la Faculté de médecine, à l'Université de Montpellier, à la République! »

M. le professeur PUTZEYS (de Liège) a porté la santé de la France et rappelé que la langue française était aussi la langue des Belges et que la France avait aidé la Belgique à conquérir son indépendance.

M. Lacassagne, professeur de médecine légale, à la Faculté de Lyon, ancien agrégé de Montpellier, a porté un toast: « A l'agrégation, à ses anciens camarades et à Rabelais, le représentant du rire franc et loyal! »

M. Treille, professeur à l'école de médecine d'Alger, rappelle les liens intimes qui unissent l'école d'Alger à la Faculté de Montpellier et il termine ainsi: « Messieurs, au nom de l'école de médecine d'Alger, je bois à la Faculté de médecine de

(1) Nous n'avons rencontré, à Montpellier, que notre ami Nicaise, redacteur de la *Revue de Chirurgie*; M. le D[r] Bilhaut, rédacteur en chef des *Annales d'Orthopédie*; et M. de Varigny, rédacteur à la *Revue scientifique*.

Montpellier, aux Facultés et aux écoles de médecine de France, aux médecins de la Mère Patrie ! »

Enfin M. Dubreuil, professeur de clinique chirurgicale, s'est exprimé ainsi :

Aux toasts qui viennent d'être portés, je vous prierai d'en ajouter un plus modeste, peut-être un peu égoïste, et je viens demander ici de boire aux médecins libres de Montpellier et des villes voisines qui, répondant à l'appel des professeurs de la Faculté, sont venus se joindre à eux dans ces agapes fraternelles et affirmer devant nos hôtes les sentiments de sympathie et de solidarité qui nous unissent, sentiments qui font de nous tous les membres d'une seule et même famille.

A l'issue du banquet, tous les convives sont allés assister au défilé du *Cortège historique du* XVI[e] *siècle*, en l'honneur de Rabelais et de Rondelet. Le cortège, composé de 520 personnes dont 230 montées, comprenait quatre unités principales formées par le char de Rabelais et de Rondelet ; le char de l'agriculture ; le char de la vieille ville ; le char symbolique des six siècles ; à la suite, le char de la Charité exécuté par le 2[e] régiment du génie. Les costumes ont été composés avec beaucoup de soin ; la décoration des chars était d'un goût artistique incontestable. Aussi le défilé, qui a duré plus de 4 heures, a-t-il été chaleureusement applaudi sur tout son parcours.

Le soir a eu lieu, au nouveau palais des Facultés, une brillante réunion offerte par M. Chancel, recteur de l'Académie, au monde universitaire et aux délégués étrangers et français.

(*A suivre*). B.

Le Choléra en Espagne.

Nous avons signalé dans notre dernier numéro, la façon dont le choléra avait débuté, en mai dernier, à Puebla et de quelle façon il avait gagné les bourgades voisines. Nous avons fait allusion aux mesures prophylactiques qu'avait prises le gouvernement français avec une rapidité à laquelle nous n'avions pas été habitués : ce dont on doit le féliciter chaudement. M. le D[r] Charrin a été envoyé dans les Pyrénées-Orientales (à Cerbère) et M. Netter à Hendaye (Basses-Pyrénées), afin d'organiser le service de défense. Le gouvernement, armé de la loi du 3 mai 1822, a remis aux médecins, chargés de surveiller la frontière, les instructions suivantes :

Tous les voyageurs venant d'Espagne seront examinés. Un local sera spécialement préparé pour recevoir les voyageurs malades ou suspects. Le local se composera d'au moins deux pièces : l'une pour les malades, l'autre pour les suspects. Dans chacune d'elles seront installés des lits en fer aussi simples que possibles, afin qu'ils soient plus facilement désinfectés. Le poste sera muni de médicaments et d'antiseptiques. Pour le nombre des lits, l'approvisionnement en désinfectants, en linge, etc., le directeur du poste s'inspirera des besoins locaux. Le personnel de chaque poste comprendra un médecin-directeur, un ou deux infirmiers et des aides en nombre variable, selon l'importance du transit. Autant que possible le médecin résidera dans la localité où se trouve établi le poste. Il devra être présent à l'arrivée de chaque train venant d'Espagne. Si les médecins font défaut dans la région, on pourra demander du personnel à la Faculté la plus voisine. A l'arrivée de chaque train, les chefs de gare et leurs employés s'assureront que tous les voyageurs sont descendus. Ceux-ci seront conduits dans une salle où se tiendra le médecin et subiront tour à tour l'inspection. Dans l'intérêt du bon ordre et afin que personne ne puisse se soustraire à la visite, il y aura lieu de faire défiler les voyageurs entre deux barrières suffisamment rapprochées pour que deux personnes ne puissent passer de front. Toute personne atteinte de gastro-entérite devra être retenue et soignée au poste ; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite, offrira des symptômes suspects, pourra être tenue en observation. On remettra à chaque voyageur reconnu bien portant un « passeport sanitaire » constatant qu'il a subi la visite médicale. Il sera tenu de le présenter au maire de la localité dans laquelle il se rendra, et là il subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre de jours correspondant à la durée de l'incubation du choléra. Le maire de la localité aura été prévenu de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par le directeur du poste. Dans le cas où le voyageur aurait le choléra, il serait immédiatement isolé et traité. La visite des bagages devra être faite avec le plus grand soin par les employés de la douane, assistés d'un infirmier du poste. Les malles seront ouvertes ; les linges sales et tous les objets pouvant être contaminés ne seront rendus à leur propriétaire qu'après avoir subi la désinfection au moyen de l'étuve à vapeur sous pression.

Outre les postes de Cerbère et d'Hendaye, deux autres postes ont été installés, l'un à Béhobie (Basses-Pyrénées), et l'autre à Perthus (Pyrénées-Orientales). Des instructions ont été envoyées dans les ports, à tous les directeurs de la santé, pour que les voyageurs d'Espagne, venant par mer, soient soumis aux mêmes mesures que ceux venant par terre ; que les suspects soient retenus ; que ceux reconnus sains soient munis du « passeport sanitaire » et que les maires soient avisés par carte postale de leur arrivée. A Hendaye, la Compagnie du Midi a mis à la disposition du docteur Netter, un local pour l'installation d'une infirmerie. Le docteur Charrin a été installer un service de surveillance à la Nouvelle (Aude), où arrivent beaucoup de provenances d'Espagne.

Une autre circulaire donne des indications nouvelles sur le rôle dévolu aux municipalités et aux autorités préfectorales.

Celles-ci devront s'assurer, par des déclarations signées des maires, que le numéro du *Journal officiel*, édition des communes, qui contient plusieurs décrets rendus en exécution de la loi du 3 mars 1822 ainsi que le texte de cette loi, aura été publié et affiché. Aux termes de l'article 1[er], « les dispositions pénales de la loi ne seront applicables qu'après cette publication ». Les préfets donneront des instructions aux maires pour que, dès qu'une déclaration aura été faite en exécution du décret du 18 juin, un médecin soit chargé d'aller, pendant cinq jours, constater l'état du voyageur. « Je n'ai pas besoin d'insister sur les conditions spéciales de courtoisie qui s'imposent à cette visite, » ajoute le ministre. Si un cas suspect se présentait, les préfets devraient en être avisés immédiatement ; et le maire devrait prendre sans aucun retard les mesures prescrites par les instructions que nous avons fait connaitre. Le ministre prie les préfets de lui accuser réception de la présente circulaire, du décret et des instructions, et de l'informer, dans les vingt-quatre heures, des incidents sanitaires de toute nature qui viendraient à se produire dans leur département.

Ces jours-ci un décret défendait jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des drilles, des chiffons, ainsi que des objets de literies, des matelas, couvertures, etc. Enfin un autre décret, en date du 18 juin, ordonnait :

Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs venant d'Espagne, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur. Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier. La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus mentionnées pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents. Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1882, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de cinq à cinquante francs quiconque aura contrevenu en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes. — II. Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol.

Depuis notre dernier numéro, le choléra a envahi successivement, après Montichelvo et Rugat, les villages de Beniganain, Fenollet, Albaïda, Quatretonda, Gandia, Carcagente, Genoves, Villanueva, Manuel, etc., etc. Jusqu'à présent, Valence ne serait pas atteinte, quoique l'épidémie tourne autour de cette ville depuis plus de quinze jours. Malgré toutes les précautions prises, le choléra s'étend et il est probable que sous peu, Valence elle-même sera frappée.

Voici quelques renseignements fournis par le *Journal officiel* sur les décès survenus dans la région infectée jusqu'au 24 juin : à Puebla de Rugat, 144 cas et 83 décès ; à Montichelvo, 17 cas et 9 décès ; à Gandia, 10 cas et 7 décès ; à Albaida, 2 cas et 2 décès ; à Beniganain, 3 cas et 2 décès ; à Carcagente, 2 cas et aucun décès ; à Castellon de Rugat, 2 cas et 1 décès ; à Quatretonda, 2 cas et 2 décès ; à Lugar Nuevo de Fenollel, 4 cas et 2 décès ; à Manuel, 1 cas et 1 décès ; à Sempère, 1 cas et 1 décès ; à Genoves, 1 cas et aucun décès ; à Lochente, 1 cas et aucun décès ; à Villanueva de Castellon, 4 cas et 2 décès.

On signale aussi — mais nous donnons ces renseignements sous toutes réserves — l'apparition du choléra en Italie, à Naples et à Venise en particulier, de même qu'en France, sur les côtes de Bretagne, aux environs d'Auray.

Des mesures sanitaires sont prises à Malte, à Gibraltar, en Italie, au Maroc, en Egypte, au Brésil même.

Assistance publique. — De la Pharmacie dans les bureaux de bienfaisance.

Au sujet de l'article que nous avons publié sous ce titre dans le n° 24, nous avons reçu plusieurs lettres que nous publierons dans le prochain numéro.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 30. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Villejean, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — 1er de *Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Hanriot. — (3e *Série*) : MM. Gautier, Blanchard, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Kirmisson. — (2e partie) : Potain, Rendu, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Campenon, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Marc Sée, Ricard. — (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Letulle.

MARDI 1er. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. (2e *Série*) : MM. Gautier, Hanriot, Villejean. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Fauconnier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — (2e *Série*) : MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Quinquaud. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Duguet, Hanot. — (2e *Série*) : MM. Ball, Dieulafoy, Ballet. — (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Campenon, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Duplay, Maygrier. — (2e partie) : MM. Peter, Gilbert, Chantemesse.

MERCREDI 2. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Fauconnier. — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Blanchard, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Villejean. — (1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Pouchet, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Reynier, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Poirier, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Pinard, Segond, Kirmisson. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

JEUDI 3. — 1er *de Doctorat*, (1re *Série*) : MM. Baillon, Fauconnier, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Pouchet, Blanchard. — (2e définitif d'officiat : MM. Campenon, Quinquaud, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Ball, Polaillon, Remy. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Maygrier, Schwartz. — 2e *Série*) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Debove, Duguet, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot.

VENDREDI 4. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gauthier, Villejean, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet. — 1er *de Doct.* (1re *Série*) : MM, Regnauld, Blanchard, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Bourgoin, Pouchet, Hanriot. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Retterer. — (2e *Série*) : MM. Cornil, A. Robin, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Tuffier, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Straus, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : Pinard, Segond, Kirmisson. — (2e partie) : MM. Potain, Rendu, Chantemesse.

SAMEDI 5. — (1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gauthier, Lutz, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Villejean. — (3e *Série*) : MM. Bourgoin, Pouchet, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — (3e *Série*) : MM. Bourgoin, Pouchet, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Poirier. — (5e *de Doctorat*) (1re partie) (Hôtel-Dieu) MM. Panas, Polaillon, Maygrier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Debove, Ballet. — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Hanot. — (1re partie (Charité) : MM. Duplay, Brun, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Duguet, Gilbert. — (3e *de Doctorat*) (2e partie) (2e *Série*) : MM. Proust, Hallopeau, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 2 : M. Le Joubioux. De l'hystérie consécutive à la grippe. — M. Dulac. De la scapulalgie (scapulo tuberculose), son traitement par la résection. — M. Rodriguez. Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. — M. Huet. Du calomel comme diurétique dans les hydropisies d'origine cardiaque. — M. Huguenin. Etude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphtérique.

JEUDI 3 : M. Desbrières. Contribution à l'étude de la panophtalmie secondaire infectieuse. — M. Hugues. Des neovi-pigmentaires (taches de naissance, signes, envie). Anatomie descriptive et microscopique, pathogénie, traitement. — M. Cristolini. Pourquoi et comment on doit combattre l'alcoolisme. — M. Petit. Contribution à l'étude du scorbut.

FORMULES

IX. — Thymol en obstétrique.

IX. — Le thymol a été récemment préconisé par le Pr Braun (Vienne), dans sa clinique obstétricale. Voici la formule qu'il recommande :

Thymol	1	gramme
Alcool	10	—
Glycérine	10	—
Eau chaude	1,000	—

X — Helianthus annuus.

X. — M. le Dr Maminoff (Moscou) emploie la teinture de cette plante comme fébrifuge chez les enfants.

Teinture d'Hélianthus annuus. 10 à 25 gouttes
à 1 pour 5. suivant l'âge

à prendre en 3 fois dans un jour.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 juin 1890 au samedi 21 juin 1890, les naissances ont été au nombre de 1055 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 379 ; illégitimes, 129, Total, 508. — *Sexe féminin* : légitimes, 400 ; illégitimes, 147, Total, 547.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 juin 1890 au samedi 21 juin 1890, les décès ont été au nombre de 906 savoir : 450 hommes et 456 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 36, F. 28, T. 64. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 17, F. 19, T. 36. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 88, F. 78, T. 166. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 7, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 23, F. 23, T. 46. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 20, T. 37. — Paralysie : M. 5, F. 2, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3 F. 2, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 31, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 7, T. 19. — Bronchite chronique : M. 16, F. 11, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 12, T. 21. — Pneumonie : M. 16, F. 20, T. 36. — Gastro-entérite, biberon, M. 22, F. 23, T. 45. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7, T. 14 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 9, T. 9 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 10, F. 13, T. 23. — Sénilité : M. 6, F. 17, T. 23. — Suicides : M. 11, F. 4, T. 15. — Autres morts violentes : M. 10. F. 2, T. 12. — Autres causes de mort : M. 73, F. 70, T. 143. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 11. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 11. Total : 40.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Thèse pour le Doctorat ès sciences physiques.* — Le vendredi 18 avril 1890, M. E. Mathias, agrégé des sciences physiques, professeur au lycée de Marseille, a soutenu, devant la Faculté des Sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Sur la chaleur de vaporisation des gaz liquéfiés* ; M. Mathias a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, avec toutes boules blanches. — Le vendredi 25 avril 1890, M. Paul Janet, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences physiques, chargé de cours à la Faculté des sciences de Grenoble, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Etude théorique et expérimentale sur l'aimantation transversale des conducteurs magnétiques* ; M. Janet a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, avec toutes boules blanches. — Le jeudi 1er mai 1890, à 2 heures, M. Hugounenq (Louis), docteur en médecine, agrégé de la Faculté de Lyon, a soutenu, devant la

Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Dérivés chlorés de l'anisol et du phénol ordinaire*; M. Hugounenq a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques.— Le jeudi 22 mai 1890, à 9 h. du matin, M. A. Chassy a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Sur un nouveau transport électrique des sels dissous*; M. Chassy a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur avec toutes boules blanches. — Le vendredi 30 mai 1890, à 9 h. du matin, M. Maurice Couette a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Etude sur le frottement des liquides*; M. Couette a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur par six boules blanches.

Thèses pour le doctorat ès sciences naturelles. — Le lundi 21 avril 1890, M. Hérouard (Edgard), préparateur à la Faculté des sciences de Paris, a soutenu, devant ladite Faculté, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches sur les Holothuries des côtes de France*; M. Hérouard a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, avec toutes boules blanches. — Le lundi 21 avril 1890, M. Flot (Léon), licencié ès sciences naturelles, professeur au Lycée Charlemagne, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches sur la structure comparée de la tige des arbres*; M. Flot a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, avec toutes boules blanches. — Le lundi 28 avril 1890, à 2 heures, M. Félix Bernard, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences naturelles, aide naturaliste au Muséum, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches sur les organes palléaux des Gastéropodes prosobranches*; M. Bernard a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, avec toutes boules blanches. — Le lundi 12 mai 1890, à 2 h., M. Lalanne (Gaston), ancien boursier d'études à la Faculté des sciences de Bordeaux, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches sur les caractères anatomiques des feuilles persistantes des Dicotylédones*; M. Lalanne a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.— Le lundi 19 mai 1890, à 2 heures, M. Daguillon, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de l'Université, professeur au Lycée Michelet, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches morphologiques sur les feuilles de Conifères*; M. Daguillon a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles avec toutes boules blanches. — Le mardi 27 mai 1890, à 10 heures et demie, M. J. Welsch, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, licencié ès sciences mathématiques, agrégé des sciences naturelles, professeur au Lycée Buffon, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Les terrains secondaires des environs de Thiaret et de Frenda* (département d'Oran, Algérie); M. Welsch a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, avec toutes boules blanches. — Le mardi 27 mai 1890, à 2 heures, M. de Saint-Rémy, docteur en médecine, préparateur à la Faculté des sciences de Nancy, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Contribution à l'étude du cerveau chez les Arthropodes trachéales*; M. de Saint-Rémy a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences nationales, avec toutes boules blanches. — Le samedi 31 mai 1890, à 10 heures, M. Lesage, licencié ès sciences physiques, préparateur à la Faculté des sciences de Rennes, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, une thèse sur le sujet suivant : *Influence du bord de la mer sur la structure des feuilles*; M. Lesage a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, avec six boules blanches.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Thèse.* — M. Daniel soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 23 juin, à 2 h., pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les bractées et l'involucre des Composées.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du Prosectorat.* — Le concours du prosectorat est terminé. A la troisième épreuve on a donné à traiter la question suivante : *Action du nerf pneumogastrique sur la circulation*; à la quatrième épreuve, la question de pathologie externe était : *Des Polypes naso-pharyngiens.* — Sont nommés prosecteurs après ce concours : MM. LEGUEU et REGNAULD.

HÔITAUX DE PARIS. — *Concours pour le Bureau central de médecine.* — MM. Achard, Bourcy, Capitan, Dalché, Darier, Delpeuch, Duflocq, Duplaix, Gaillard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Havage, Laffite, Launois, Lebreton, Legendre, Lermoyez, Marfan, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Œttinger, Ribail, Richardière, Robert, Thibierge, Widal ont été admis à subir la deuxième épreuve.

CONGRÈS MÉDICAL D'AUSTRALIE. — Ce congrès aura lieu à Sydney en septembre et octobre 1891. Président, M. M. Laurin.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 29 juin 1890, à Port-Royal et Chevreuse. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 7 h. 30, pour le train partant de Paris, à 8 h., pour la station de Trappes. Retour à Paris, à 6 heures. — Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Ecole, avant vendredi à midi.

CONCOURS POUR LES RÉORGANISATIONS DES SECOURS A DOMICILE — On se rappelle que, dans le courant de 1889, le conseil municipal, sur la demande de M. Dubois, a mis au concours la question de réorganisation des secours à domicile et du secours médical et pharmaceutique dans la ville de Paris. Quarante-huit mémoires furent déposés à la date du 15 janvier, date fixée pour la remise des mémoires. Le jury a accordé : 1er prix *ex æquo*. — MM. Nielly (Hugues), chef de bureau à l'Assistance publique, Gory (Augusta), sous-chef de bureau à l'Assistance publique. — 2e prix : M. le Dr Balland. Dans sa séance de lundi, le conseil municipal, sur la proposition de M. Pétrot, a porté de 1,000 à 2,000 francs la valeur du premier prix à partager entre les deux *ex æquo*. Les trois mémoires primés seront imprimés aux frais de l'administration municipale.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. — La *British medical Association* se réunira cette année à Birmingham.

BRITISH ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE. — Cette association se réunira à Leeds, comme nous l'avons déjà annoncé, au mois de septembre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— M. le Dr Lacombe (de Nicollet) et M. le Dr Contaret (de Roanne) sont nommés *Chevalier de la Légion d'honneur.* — MM. les Drs Ravin (d'Amiens) et Vaillant (de Paris) sont nommés *Officiers d'Académie.*

HOSPICE DE TOURS. — Un concours pour une place de médecin adjoint à l'hôpital civil de Tours s'ouvrira le 15 décembre 1890, à l'hospice général de Tours. Pour tous renseignements, s'adresser au bureau de l'Economat de l'hospice général de Tours.

LES EAUX A PARIS. — Depuis quelques jours Paris est à nouveau soumis au régime des eaux de rivière. La semaine dernière, le Conseil municipal de Paris, au nom de sa Commission d'assainissement, avait invité l'Administration à ne plus substituer l'eau de rivière à l'eau de source et à parer au manque d'eau par le *rationnement.* Malheureusement le mode de rationnement, choisi par la Commission (limitation de la consommation de chaque immeuble par la fermeture partielle de la conduite d'arrivée), le plus rationnel et le plus usité, n'a pu être mis en pratique parce que l'administration a demandé un crédit de 15,000 francs pour payer les ouvriers chargés de procéder au réglage des robinets de distribution et parce que surtout la majorité du Conseil n'a pas cru devoir admettre ce mode de rationnement. On est donc dans le *statu quo*, sans eau de source; et voilà des années que tout cela dure. Le péril est sérieux pourtant, d'autant plus que le choléra menace à la frontière d'Espagne. MM. les ingénieurs devraient s'efforcer pourtant de nous permettre de sortir de l'impasse.

LES MÉDECINS A LA CHAMBRE ET AU SÉNAT. — Grâce à l'initiative du Dr David, les médecins de la Chambre et du Sénat viennent de se constituer en groupe parlementaire qui s'est réuni le 17 juin pour la première fois (banquet).

LES INCONVÉNIENTS DES USINES ÉLECTRIQUES. — Le Conseil d'Hygiène et de salubrité de la Seine a été invité à examiner s'il ne conviendrait pas de soumettre au classement parmi les établissements insalubres, les stations d'électricité installées dans Paris, en raison des inconvénients qu'elles présentent : bruit, trépidations, fumée. Le Conseil avait confié à M. l'ingénieur Michel Lévy le soin de lui présenter un rapport sur cette question. M. Michel Lévy a lu son rapport dans la dernière séance du conseil d'hygiène. Le rapporteur expose que « les nombreuses plaintes soulevées dans la population parisienne par le fonctionnement des stations électriques semblent prouver a *priori* que le moment est venu de leur appliquer les règles imposées aux industries incommodes : en trois ans, il s'est créé, généralement dans les quartiers centraux de Paris, environ trente stations électriques importantes. Le total de la force, ainsi mise en jeu, dépasse certainement à l'heure actuelle 10,000 chevaux-vapeur, représentant le sixième de la force motrice utilisée dans le département de la Seine. Le rapporteur conclut qu'il est indispensable d'opérer le classement des grandes usines productrices d'électricité; mais il lui parait nécessaire et de stricte équité de prendre dès à présent des mesures analogues à l'égard des grandes usines de production de force motrice. Les conclusions du rapporteur ont reçu l'approbation du conseil d'hygiène.

MÉDECINS DE COLONISATION. — M. le Dr BERMOND, médecin de colonisation à El-Arrouch (département de Constantine), a été

appelé, en la même qualité, à la circonscription de Gouraya (département d'Alger). — M. le Dr COLLARD, médecin de colonisation auxiliaire à Gouraya, est passé, en la même qualité, à la circonscription d'El-Arrouch.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour la nomination à cinq places d'élèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.* — Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 11 août 1890, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 4 août inclusivement. — *Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre* : Tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et 40 ans au plus, être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° Son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine; 3° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close; il se compose: de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie; d'un pharmacien de 1re classe de la ville et de deux pharmaciens en chef des hôpitaux. — *Epreuves du concours.* — Le concours se compose des épreuves suivantes : *Epreuves d'admissibilité* : 1° Reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, à la chimie et à la pharmacie et de dix préparations pharmaceutiques proprement dites. Il est accordé à chaque candidat 15 minutes; le maximum est de 30 points dont un pour chaque préparation pharmaceutique ou substance chimique; pour les drogues simples, il y a : 1/2 point pour le nom français, 1/4 de point pour le nom latin et 1/4 de point pour le nom de la famille.— 2° Deux manipulations ou préparations pharmaceutiques magistrales ou officinales. Il est accordé une heure et le maximum est de 30 points. — *Epreuves définitives :* 1° Une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la pharmacie chimique. Il est accordé 10 minutes après un temps égal de réflexion. Maximum 30 points. — 2° Une épreuve écrite portant sur un sujet de pharmacie, un sujet de chimie minérale et d'histoire naturelle médicale. Il est accordé 4 heures. Maximum : 75 points. Les plantes et les substances à reconnaître seront choisies par le jury avant chaque séance et seront communes à tous les candidats dans une même séance; il en sera de même pour les manipulations. Pour les épreuves orales, avant chaque séance, les questions seront rédigées au nombre de 3 et placées dans une urne; celle que le sort désignera sera commune à tous les candidats de la même séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre 3 questions arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Chaque élève sera nommé pour 3 ans; la nomination sera renouvelable pour trois autres années, si l'Administration le juge convenable. Ils recevront un traitement de : la première année, 760 fr.; la deuxième année, 920 fr.; la troisième année, 1080 fr. Ce traitement de 1080 francs sera continué aux élèves renommés pour une nouvelle période de trois années. Les élèves ne seront nourris et logés dans les hôpitaux que les jours de garde. Ils seront responsables de leur service vis-à-vis de l'administration et du pharmacien en chef. Ils seront nommés, s'il y a lieu, par la Commission administrative après le rapport du jury d'examen. Ils n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi et devront, en attendant leur installation définitive, remplir les fonctions d'élèves externes. Les candidats admis recevront un titre provisoire ne leur donnant pas le droit de porter dans la suite le titre d'ex-internes des hôpitaux; ce droit ne leur sera définitivement acquis qu'au bout d'une année de service. Il leur sera remis alors un titre définitif. Les élèves cesseront d'office leurs fonctions à partir du moment où ils seront pourvus du diplôme de pharmacien. Les candidats prendront connaissance du règlement intérieur des hospices civils de Marseille ainsi que de celui spécial à la pharmacie, dans les bureaux du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils seront tenus d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'administration pourrait adopter plus tard pour le bien du service.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 29 juin 1890, à Liancourt, au Vivray et à Chaumont en Vexin. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous: gare Saint-Lazare, où l'on prendra à 6 h. 5 minutes du matin le train pour Liancourt-Saint-Pierre. On sera rentré à Paris à 5 h. 35 minutes. — *Nota* : Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Chevaliers du Mérite agricole* : M. le Dr Pallas (Sabres, Landes), et MM. les pharmaciens Guérin (Apt, Vaucluse), et Grès (Noisy-le-Sec, Seine).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr MOURE est chargé d'une mission en Allemagne à l'effet d'y étudier les questions relatives aux maladies des oreilles, du larynx et du nez. — M. LIONEL DÈCLE est chargé d'une mission dans l'Afrique australe et orientale à l'effet d'y étudier, au point de vue anthropologique et ethnographique, les diverses races indigènes, et d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat. — M. le Dr DELVAILLE, de Bayonne, auquel M. le ministre de l'instruction publique a confié récemment une mission en Espagne, vient d'être chargé, en outre, par M. le ministre de l'intérieur, d'étudier dans ce pays les questions d'hygiène et d'assistance médicale.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par M. le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. Le travail devra être déposé au secrétariat de l'Assistance publique avant le 15 octobre prochain.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Lundi 30 juin, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour* : 1° Une révolte d'aliénés : M. MARANDON DE MONTYEL. 2° Communication sur la paralysie générale : M. CHARPENTIER. 3° De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : MM. SAURY, PAUL GARNIER.

PRIX FONDÉS DANS LES FACULTÉS. — Un donateur anonyme à la Faculté des lettres de Bordeaux vient de mettre au concours la question suivante : Lutte ou accord pour la vie ? « Montrer que l'accord pour la vie, loi naturelle des sociétés, est la règle fondamentale des relations humaines. » Un prix de mille francs sera décerné à l'auteur du meilleur travail en langue française. Les manuscrits seront reçus au secrétariat de la Faculté, cours Victor-Hugo, jusqu'au 31 mars 1891. On voit que la loi qui autorise les Facultés à recevoir des legs et des dons commence à porter ses fruits. L'initiative du donateur bordelais est d'un bon augure et d'un bon exemple. On sait quels services les générosités des particuliers ont ainsi rendus à la cause des hautes études dans plus d'un pays étranger ; espérons, comme nous l'avons déjà dit et redit bien des fois, qu'il en sera de même en France et que les dons privés contribueront avec les subsides de l'Etat, des municipalités et des départements, à la prospérité de nos universités..... futures.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — Les professeurs des 4 Facultés de Bordeaux se sont réunis cette semaine, à l'effet de prendre une décision, au sujet d'un projet de résolution tendant à ce qu'il soit créé, à Bordeaux, une Université. Cette résolution a été adoptée à l'unanimité. La commission chargée de préparer la réalisation du vœu formulé se compose, pour la Faculté de médecine, de MM. Azam et Perrens et, pour la Faculté des sciences, de MM. Gayon et Lemel.

L'UNIVERSITÉ DE NANCY. — Les délégués des étudiants de Nancy, venus récemment à Paris, ont été reçus par plusieurs professeurs, membres de l'Institut, députés et sénateurs, anciens élèves des Facultés de Nancy et de Strasbourg. Partout ils ont obtenu les assurances d'un concours actif pour la défense de leur projet d'université.

UN COURS DE DÉONTOLOGIE. — L'Université de Louvain vient d'inscrire un cours de déontologie au programme des études médicales. En cela, elle n'a fait qu'imiter l'exemple de la plupart des Facultés étrangères. Nos gouvernants n'ont pas jusqu'ici paru songer à agir de même : ils ont peut-être pensé que cela était tout au plus bon pour les médecins des animaux et que ce serait faire injure aux futurs médecins des hommes que de leur apprendre les devoirs qu'ils auront à remplir dans la plus difficile des carrières (*Gaz. méd. de Liège*).

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A BERLIN. — M. le Dr Treille, directeur du service de santé des colonies, et M. le Dr Kermorgant, médecin en chef de la marine, sont désignés, par le sous-secrétaire d'Etat des colonies et par le ministre, pour assister au Congrès médical international, qui doit se tenir à Berlin du 4 au 9 août prochain. — Nous avons déjà dit que le ministre de la guerre avait délégué pour le même Congrès plusieurs médecins militaires et que ces délégations officielles faites pour la première fois depuis les événements de 1870 avaient produit la meilleure impression en Allemagne.

NÉCROLOGIE. — Le *Lyon Médical* nous annonce la mort de M. A.-A. GUILLIERMOND, pharmacien très estimé à Lyon M. Guil-

liermond a fait connaître la méthode par *déplacement*, la *conicine*, la médication *iodo-tannique*, et surtout les procédés de quinimétrie. Voici la liste de ses principaux travaux : *Recherches nouvelles sur le principe actif de la ciguë (conicine)*, etc., avec M. le Dr Devay. Paris-Lyon, 1853 ; — *Nouvelles recherches sur le degré d'énergie des diverses préparations de ciguë*, etc. (*Union médicale*, 1857); — *Extrait gommeux d'alcoolature*, préparation nouvelle proposée pour remplacer les extraits ordinaires des pharmaciens (*Journal de pharmacie et de chimie*, nov. 1851); — *Mémoire sur une nouvelle combinaison de l'iode et sur son application en médecine*, avec le Dr Socquet (*Gaz. méd. de Lyon*); — *Du sirop et des injections iodo-tanniques* (*in Gaz. méd. de Lyon*, 1857); — *Nouvelle note sur les effets d'opium* (même recueil); — *Mémoire sur une nouvelle méthode de dosage de la quinine dans les quinquinas et les préparations quininiques*, avec M. Glénard (*Acad. de Lyon*, 1859); — *Modifications introduites par MM. Glénard et Guillermond dans leur procédé de quinimétrie; richesse extraordinaire en quinine de certains quinquinas*; — *Sirop de quinquina dosé* : *Application de la méthode du dosage de la quinine aux préparations pharmaceutiques de quinquina* (*Gaz. méd. de Paris*, 1860). — M. le Dr CARON, ancien élève de l'Ecole de Strasbourg, ancien aide-major à l'hospice de Béthune, mort à l'âge de 46 ans. — M. le Dr LEBON (Romilly). — M. SCHNEIDER, professeur de zoologie à Breslau. — M. J. de la LUZ HERNANDEZ, un des hygiénistes les plus connus d'Amérique. — M. le Dr Jules NAUDIN, président honoraire du comité départemental de la Société française de secours aux blessés, secrétaire général honoraire de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, est décédé à l'âge de 70 ans. M. Naudin avait été fait chevalier de la Légion d'honneur après la guerre de 1870-71, en récompense du zèle qu'il déploya pour l'organisation des hôpitaux régionaux et des ambulances. Il avait collaboré au *Progrès libéral* et attaché son nom à la fondation du prix triennal décerné par la Société de médecine et de chirurgie. Il a été enfin un des plus dévoués fondateurs de la Caisse des écoles de Toulouse.

POSTE MÉDICAL EN VENDÉE. — Poste médical vacant ; excellent avec la pharmacie ; à prendre de suite et gratuitement. — S'adresser au bureau du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine). — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, a commencé ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin ; il les continue le lundi et le vendredi à la même heure. Opérations le mercredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr QUINQUAUD a commencé le mercredi 18 juin, à 4 h. de l'après-midi, une série de conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu ; il les continuera les mardis suivants à la même heure (hôpital Saint-Louis, salle des Conférences).

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. HALLOPEAU, samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON, les mercredis, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi. — Le Dr Auguste VOISIN reprend ses Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 29 juin, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le samedi, à 9 heures.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie LECROSNIER et BABÉ, place de l'Ecole-de-Médecine.

MORTILLET (G. de). — Origine de la chasse, de la pêche et de l'agriculture. Tome I : chasse, pêche, domestication. Un volume in-8 de 516 pages, avec 148 figures. — Prix. . . . . . 9 fr.

NAPIAS (H.). — L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire, avec une lettre de H. Monod. Brochure in-8 de 88 pages.

NORSTRÖM (G.). — Céphalalgie et massage. Brochure in-8, de 73 pages. — Prix . . . . 2 fr.

SOUZA-LEITE. — De l'acromégalie (Maladie de P. Marie.) Un volume in-8 de 311 pages, avec 102 figures.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard Saint-Germain.

VULLIET et LUTAUD. — Leçons de gynécologie opératoire (2e édition entièrement refondue). Volume in-8 de 500 pages, avec 198 figures. — Prix . . . . 10 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Revues diverses;— Bibliographies ; — Nécrologie.

A

B

F

G

O

P

T

U

V

W

Z

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.